Rok XL. Kraków, 31 Sierpnia 1901. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do wiadomości o działaniu enzymów na enzymy.[1])

Podali:
A. Wróblewski, B. Bednarski i M. Wojczyński.

Wstęp.

Sprawa działania enzymów na enzymy zajmowała od dawna badaczy. Jeszcze Corvisart uczył, że pepsyna i trypsyna wzajemnie się niszczą. Natomiast Kühne w r. 1876 podaje, że trypsyna zostaje zniszczoną przez pepsynę, lecz odwrotne działanie nie ma miejsca[2]). Ewald potwierdza te spostrzeżenia w r. 1880; stosował on do doświadczeń kwas solny 0·3%[3]). Engesser natomiast, którego preparat pankreatyny stosował Ewald, zaprzecza tym doświadczeniom i podaje, że pankreatyna nawet w 0·5% kwasie solnym nie traci pod wpływem pepsyny swego działania[4]). Z oświadczeń R. Maysa wynika, że pepsyna wspiera działanie słabych kwasów na trypsynę[5]). Podług Langleya natomiast, wbrew spostrzeżeniom Kühnego, trypsyna wywiera działanie na pepsynę, wspierając osłabiające działanie alkaliów. Podaje on, że podpuszczka zostaje zniszczoną przez trypsynę, pepsyna zaś osłabia diastazę[6]). Podług F. Falka ślina, sok trzustkowy oraz papaina nie działają na emulsynę. Papaina nie działa na ptyalinę oraz na diastazę. Podług tegoż autora pepsyna nie działa na inwertynę. Toż samo wykazali Ch. Richet i Szabo. Trypsyna również nie działa na inwertynę podług Falka[7]). Podług Marcusa i Pineta ślina i sok trzustkowy nie działają na emulsynę, lecz niszczy ją kwas solny 0·02%; papaina nie działa na ptyalinę i diastazę[8]). Podług A. Baginskyego trypsyna niszczy podpuszczkę[9]). Natomiast C. Fermi i L. Pernossi podają, że pepsyna nie działa na trypsynę[10]).

W powyższem zestawieniu zapatrywań badaczy na daną sprawę widzimy taką różnorodność poglądów i wyników badań, że nie możemy wysnuć pewnych i jasnych wniosków. Zdawało się więc nam koniecznem dla rozjaśnienia tego zagadnienia przedsięwziąć nowy szereg badań. Do ścisłego doświadczalnego zbadania tej spornej sprawy zachęcała nas jej ważność, ponieważ z przedsięwziętych w tym kierunku badań spodziewać się można było pewnych wyjaśnień co do chemicznych własności enzymów, a osobliwie co do ich własności jako ciał proteinowych.

W następujących sześciu rozdziałach podajemy sprawozdanie z naszych doświadczeń, które staraliśmy się wykonać z zastosowaniem najściślejszych metod.

I. O działaniu pepsyny na trypsynę.

Chcąc przedewszystkiem zbadać działanie pepsyny na trypsynę należało poznać wrażliwość trypsyny na działanie kwasu solnego, a następnie na rozczyn pepsyny w kwasie solnym.

Do doświadczeń stosowaliśmy świeżo przyrządzony preparat trypsyny wieprzowej, wywierający silne działanie. Równoległe próby trawienia w rozczynie zalkalizowanym sodą wykazały, że łatwiej trawi się pod wpływem tej trypsyny włóknik, niż ścięte białko jaja kurzego. W jednem z doświadczeń, wykonanych w celu przekonania się, jak rychło zaczyna się przejawiać trawienie, ścięte białko jaja kurzego zaczęło się rozpuszczać po upływie 4 godz. 30 minut, włóknik zaś, przechowywany w glicerynie, zaczął rozpuszczać się po 3 godz. 40 minutach, a włóknik, przechowywany w wyskoku, — po 4 godz. 15 min.

Trzy szeregi doświadczeń, zestawionych w Tabl. I. wykazują, jakiem jest działanie małych ilości kwasu solnego na tę trypsynę.

Do każdej próbówki dodaliśmy po 0·05 gr. trypsyny, rozpuszczonej w 3 c. sz. 0·1% rozczynu Na_2CO_3. Zobojętniliśmy ciecz w każdej próbówce, dodając po 0·9 c. sz. 0·056% kwasu solnego. Następnie dodaliśmy tyle kwasu solnego, aby próby zawierały taki jego procent, jak to wyrażają liczby drugiej kolumny Tabl. I. Po dodaniu kwasu wystąpiła słaba opalizacya, najsilniejsza w próbach, zawierających najwięcej kwasu. Wstawiliśmy wówczas próby do termostatu na 6 godzin, aby kwas solny działał na trypsynę w ciepłocie równo 37° C. Po wyjęciu z termostatu zobojętniliśmy sodą, dodaliśmy wody do równej we wszystkich próbach objętości (16·8 c. sz.), wzięliśmy po 5 c. sz. cieczy z każdej próby do świeżych próbówek. Dla zalkalizowania dodaliśmy do każdej próbówki po 5 c. sz. 0·2% rozczynu sody; ciecze nieco zmętniały. Wówczas dodaliśmy po równej objętości włóknika. Włóknik ten był przechowywany w glicerynie, wypłókany wodą i napęczniały wodą. Był on zabarwiony karminem podług przepisu Grütznera. Możliwie jednostajna jego warstwa, ułożona między dwiema tafelkami

[1]) Praca niniejsza została rozpoczęta w r. 1896 w Zakładzie fizyologicznym Uniw. Jagiellońskiego, a ukończona w r. 1901 w c. k. Zakładzie do badania środków spożywczych.

[2]) Jhrsb. f. d. Tierchemie. 1876.

[3]) Ibid. 1880. str. 297.

[4]) Ibid.

[5]) Ibid. str. 298.

[6]) Ibid. 1881. str. 295.

[7]) Ibid. 1881. str. 444 i 1882. str. 496.

[8]) Ibid. 1883. str. 416.

[9]) Ibid.

[10]) Ibid. 1894. str. 723. — Podane tu zestawienie nie jest zupełnem, ponieważ nie zostały tu zebrane doświadczenia dorywcze, opisywane przez badaczy w pracach, dotyczących innych tematów, których z tego powodu trudno odszukać w literaturze.

Tablica I.

Szereg	Liczba porz. próby	HCl %	Obserwowano rozpuszczanie się włóknika po upływie 1 godziny	2 godz.	$2^1/_2$ godz.	3 godz.	4 godz.	5 godz.	6 godz.	7 godz.	8 godz.
Szereg I.	1	0.028	—	zaczęło się trawienie	znaczna część strawiona	połowa strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad	powstaje mały osad
	2	0.056	—								
	3	0.084	—								
	4	0.112	—								
	5	0,140	—								
	6	0.280	—	—	—	zaczęło się trawienie	$^1/_2$ strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad
	7	0,560	—	—	—	—	zaczęło się trawienie	$^1/_2$ straw.	$^2/_3$ straw.	$^9/_{10}$ straw.	ślady pozost.
	8	0.000	zaczęło się trawienie	$^1/_2$ strawiona	większa część strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad	dtto	dtto
Szereg II.	1	0,112	—	—	—	zacz się traw.	$^1/_2$ straw.	$^1/_3$ pozost.	$^1/_4$ pozost.	mało pozost	ślady
	2	0,140	—	—	—	zacz. się traw.	$^1/_2$ straw.	$^1/_3$ straw.	$^1/_4$ pozost.	mało pozost.	b. mało pozostało
	3	0,280	—	—	—	—	zacz się traw	$^1/_9$ pozost.	$^1/_3$ pozost.	$^1/_4$ pozost.	$^1/_{10}$ pozost.
	4	0.560	—	—	—	—	—	zacz. się traw.	$^2/_3$ pozost.	$^1/_2$ pozost.	$^1/_3$ pozost.
	5	0,700	—	—	—	—	—	—	zacz. się traw.	$^2/_3$ pozost.	$^1/_2$ pozost.
	6	0,000	zacz. się traw.	$^1/_2$ strawiona	zostały ślady	ślady	powstaje mały osad	dtto	dtto	dtto	dtto
Szereg III.	1	0,056	—	$^1/_2$ pozost.	$^1/_3$ pozost	$^1/_4$ pozost.	mało pozost	ślady pozost	ślady	po staje mały osad	dtto
	2	0,112	—	—	zacz się traw.	$^1/_2$ pozost.	$^1/_4$ pozost.	$^1/_3$ pozost.	mało pozost.	ślady	ślady
	3	0.280	—	—	—	$^3/_4$ pozost.	$^2/_3$ pozost.	$^1/_2$ pozost.	mniejsza część pozost.	mało pozost	ślady
	4	0,560	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	5	0.980	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6	1.400	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	7	0.000	zacz się traw.	$^1/_4$ pozost.	mało pozost.	ślady pozost.	ślady	ślady	powst. osad	dtto	dtto

szklanemi, została podzielona na równe kwadraciki, zawierające prawie równe ilości włóknika. Po włożeniu próbówek do termostatu obserwowaliśmy rozpuszczanie się włóknika. Rozpuszczanie się to można było rozpoznać nie tylko po zmniejszaniu się objętości włóknika, ale o wiele pewniej i dokładniej po zabarwianiu się cieczy na czerwono i po wzmaganiu się natężenia tego zabarwienia.

Z doświadczeń tych wynika, że kwas solny działa szkodliwie na trypsynę. Małe jego ilości, do 0·14%, działają słabo, większe ilości wyraźnie osłabiają trypsynę, 0·56% HCl osłabia już bardzo silnie, a w pewnych warunkach zupełnie niszczy jej działanie.

Różnice, występujące w opisanych trzech szeregach doświadczeń, pochodzą zapewne stąd, że rozczyny trypsyny były nie jednostajnej siły, do jednego doświadczenia użyty był świeży rozczyn, do innego zaś — przyrządzony przed paru dniami, trypsyna zaś rozpuszczona w wodzie słabnie z czasem.

Doświadczenia te były jednak zbyt mało ścisłe, aby mogły nas zadowolnić. Należało bardziej zaufać metodzie wagowej. Przedsięwzięliśmy więc szereg doświadczeń, do których zamiast włóknika napęczniałego używaliśmy włóknika, suszonego przy 105° C.

Do każdej próby dodawaliśmy po 0·05 gr. startego na proszek i przesianego włóknika i po 0·33 c. sz. 6% $Na_2 Co_3$ i ogrzewaliśmy w termostacie przez 4,5 godz., następnie sączyliśmy przez ważone sączki, przemywaliśmy wodą, wyskokiem i eterem i suszyliśmy przy 105° C. Waga niestrawionego włóknika wskazuje na większą lub mniejszą trawiącą siłę rozczynów, jak to przedstawiono w Tabl. II.

Próbowaliśmy też w przesączu zapomocą metody Esbacha. Im więcej włóknika się rozpuściło, tem więcej osadu powinno było powstać. Jednakże metoda Esbacha, sama przez się niedokładna, nie dała i w tym razie zadawalniających rezultatów. Do niejasności wyników przyczyniała się jeszcze i ta okoliczność, że część produktów trawienia, jak np. kwasy amidowe, wcale nie dawała osadu.

Tablica II.

L. próby	HCl %	Waga niestrawionego włóknika w gr.
1	0·028	0·0005
2	0·560	0·0440
3	0·980	0 0456
4	0 000	0·0031

Doświadczenia z suszonym włóknikiem, aczkolwiek przeprowadzone metodą wagową, okazały się bardzo mało ścisłemi i zadowolniły nas mniej, aniżeli doświadczenie z włóknikiem napęczniałym. Ziarenka suszonego włóknika tworzą się nie z jednostajną szybkością, mniejsze trawią się szybciej, większe powolniej; niektóre z nich pęcznieją łatwiej, inne trudniej. Stąd pochodzi trudność w porównywaniu wyników; w próbach, gdzie się włóknik łatwiej trawi, mogą pozostawać niestrawione cząstki.

Większej ścisłości można było oczekiwać przy stosowaniu rozczynów białka, które się dają ilościowo zupełnie dokładnie odmierzyć, posiadają jednostajność zawartości białka i działanie proteolityczne zachodzi w nich równomiernie i jednostajnie w całej masie. Do doświadczeń więc dalszych, zestawionych w Tabl. III, użyliśmy rozczynu białka kurzego 1 : 4, dodając po 3 c. sz. tego rozczynu do 5 c. sz., wziętych z każdej zobojętnionej próby. Następnie dodaliśmy dla zalkalizowania po 0·33 c. sz. 6% rozczynu sody i ogrze-

waliśmy w termostacie w ciągu 6 godzin. Następnie dodaliśmy dostateczną ilość 10% kwasu octowego, zagotowaliśmy, przesączyliśmy przez ważony suchy sączek, przemyliśmy wodą, wyskokiem i eterem i zważyliśmy po wysuszeniu przy 105°C. Czwarta próba wykonana była bez trypsyny w celu wagowego oznaczenia całkowitej ilości białka przed trawieniem.

Tablica III.

L. próby	Rozczynu trypsyny c. sz	HCl %	Niestrawionego białka gramów
1	3	0·028	0·0548
2	3	0·980	0·0690
3	3	0·000	0·0537
4	0	0·000	0·0698

Doświadczenia z suszonym włóknikiem i białkiem jaja kurzego (Tabl. II. i III.) potwierdziły nasze spostrzeżenia poprzednie. Mała ilość kwasu nie osłabia trypsyny, większe jego ilości niszczą natomiast ten enzym.

Ze wszystkich wypróbowanych metod badania najdokładniejszą się okazała metoda ostatnia, z zastosowaniem rozczynu białka jaja kurzego.

Po wypróbowaniu metod, oraz po zapoznaniu się z działaniem kwasu solnego na trypsynę przedsięwzięliśmy doświadczenia, dążące do wyjaśnienia działania pepsyny na trypsynę.

W Tabl. IV. zestawione są wyniki, otrzymane przy stosowaniu do trawienia napęczniałego włóknika. Próby były przyrządzone podobnie jak poprzednio (Tabl. I.), w dwóch równoległych szeregach, oba szeregi były traktowane jednocześnie i różniły się pomiędzy sobą tem, że próby jednego z nich zawierały prócz kwasu po 2·66 c. sz. 2% rozczynu pepsyny. Po dodaniu kwasu i pepsyny próby były pozostawione w termostacie przez 6 godzin, poczem zobojętniliśmy kwas dodając obliczoną ilość rozczynu sody, dodaliśmy wody dla zrównania objętości cieczy we wszystkich próbach i zalkalizowaliśmy zapomocą sody, dodając jej tyle, aby próby zawierały 0·1% Na_2CO_3. Wstawiliśmy próby do termostatu i obserwowaliśmy przez 6 godzin, następnie przechowaliśmy próby przez noc w zimnem miejscu i po 18 godzinach, licząc od początku obserwacyi, wstawiliśmy je znowu do termostatu.

Tablica IV.

Liczba próby	2%-go rozcz. trypsyny c. sz	HCl %	%-go rozcz. peps. c. sz.	Obserwowano rozpuszczanie się włóknika po upływie								
				3 godz	4 godz.	5 godz.	6 godz.	19 godz.	20 godz.	22 godz.	26 godz.	29 godz.
1	3	0,056	2,66	—	—	—	—	zacz. się traw.	3/4 pozost	1/2 pozost.	1/3 pozost.	mało pozost
2	„	0,112	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	„	0,168	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	„	0,224	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	„	0,056	0,00	zacz. się traw.	1/4 pozost	mało pozost	mało pozost.	wszyst str.	—	—	—	—
6	„	0,112	„	—	—	zacz się traw.	1/2 pozost.	mało pozost.	ślady pozost.	wszyst str.	—	—
7	„	0,168	„	—	—	—	—	1/4 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost.	mało pozost.	wszyst. str.
8	„	0,224	„	—	—	—	—	1/4 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost	„	„
9	„	0,280	„	—	—	—	—	1/4 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost.	„	„
10	„	0,560	„	—	—	—	—	1/2 pozost.	1/4 pozost.	mało pozost.	ślady	„
11	„	1,120	„	—	—	—	—	zacz. się traw.	zacz. się traw.	3/4 pozost.	3/4 pozost.	1/2 pozost.
12	„	0,000	„	mało pozost.	wszyst. str.	—	—	—	—	—	—	—
13	0	0,000	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Z danych Tabl. IV. wynika wyraźnie, że pepsyna działa na trypsynę niszcząc jej enzymotyczne własności.

W celu ściślejszego zbadania tej kwestyi przedsięwzięliśmy trzy niezależne od siebie i w różnym czasie wykonane szeregi prób z rozczynem białka jaja kurzego. Wyniki tych doświadczeń zestawione są w Tabl. V.

Liczby tu podane wskazują, iż pepsyna bez wątpienia działa na trypsynę, chociaż nie tak silnie, aby ją miała w krótkim czasie zupełnie strawić, lecz wspiera ona szkodliwe działanie kwasów na trypsynę.

II. O działaniu trypsyny na pepsynę.

Działanie trypsyny na pepsynę badaliśmy w rozczynie alkalicznym, w którym ono najlepiej się pojawia. Następnie

Tablica V.

Liczba próby		2% rozcz. tryps. c. sz.	HCl %	Pepsyny grm.	Rozczynu białka (1 : 5) c. sz.	Waga niestr. białka grm.
Szereg I.	1	10	0·056	0·1078	3	0·0185
	2	„	1·120	0·1078	„	0·0761
	3	„	0·056	0·0000	„	0·0230
	4	„	1·120	0·0000	„	0·0480
	5	„	0·000	0·0000	„	0·0000
	6	0	0·000	0·0000	„	0·1025
Szereg II.	1	10	0·056	0·1078	3	0·0207
	2	„	0·280	0·1078	„	0·0392
	3	„	1·120	0·1078	„	0·0401
	4	„	0·056	0·0000	„	0·0131
	5	„	0·280	0·0000	„	0·0372
	6	„	1·120	0·0000	„	0·0386
	7	„	0·000	0·0000	„	0·0272
Szereg III	1	3	0·028	0·1078	3	0·0230
	2	„	0·560	0·1078	„	0·0299
	3	„	0·980	0·1078	„	0·0457
	4	„	0·000	0·0000	„	0·0087
	5	0	0·000	0·0000	„	0·1102

po zobojętnieniu zakwaszaliśmy próby, aby wypróbować, czy pepsyna jeszcze trawić może*). Stosowaliśmy obojętny 2% rozczyn trypsyny oraz 2% rozczyn pepsyny, zobojętniony ługiem; na 10 c. sz. rozcz. pepsyny zużyliśmy 0,2 c. sz. 1% NaOH.

Doświadczenia wykonywaliśmy w ten sposób, że do 8 próbówek wlaliśmy po 5 c. sz. rozczynu pepsyny, następnie dodaliśmy ilości ługu, wykazane w drugiej kolumnie Tabl. VI, oraz po 5 c. sz. rozczynu trypsyny, do prób LL. 1—4 gotowanego rozczynu, do prób LL. 6—9 natomiast rozczynu niegotowanego, dopełniliśmy wodą do równej objętości 13 c. sz. we wszystkich 8 próbach i pozostawiliśmy w termostacie Ostwalda przy 37°C. w ciągu 6 godzin. Następnie wyjęliśmy z termostatu, zobojętniliśmy kwasem solnym, dopełniliśmy wodą do równej objętości 15 c. sz. Wówczas też przyrządziliśmy świeży rozczyn 0,1gr. pepsyny w 15 c. sz. wody dla próby L. 5. Z każdego z tych rozczynów wzięliśmy po 10 c. sz. do nowych próbówek, dodaliśmy po 5 c. sz. rozczynu białka w 0,2% kwasie solnym i pozostawiliśmy dla wypróbowania pepsyny w termostacie Oswalda przy 37°C. przez 6 godzin. Ilość niestrawionego białka oznaczyliśmy metodą wagową, zaprawiając ciecz w każdej próbie kwasem octowym, zagotowując i ważąc przemyty i wysuszony osad ściętego białka. W próbie 10 oznaczyliśmy dla kontroli ilość białka, zawartego w 5 c. sz. rozczynu.

Tablica VI.

Liczba próby	2% rozcz. pepsyny c. sz.	NaOH %	2%-go rozcz. trypsyny c. sz.	Rozcz. białka kurzego w 2%-wym HCl c. sz.	Waga niestrawionego białka w gr.
1	5	0,00	gotow. 5	5	0,1070
2	„	0,01	„ „	„	0,1308
3	„	0,05	„ „	„	0,1400
4	„	0,10	„ „	„	0,1430
5	„	0,00	„ „	„	0,0699
6	„	0,00	śwież. 5	„	0,1410
7	„	0,01	„ „	„	0,1525
8	„	0,05	„ „	„	0.1455
9	„	0,10	„ „	„	0,1498
10	0	0,00	0	„	0,1395

Z danych Tabl. VI wynika, że 0,05% i 0,10% NaOH niszczą pepsynę, zaś 0,01% osłabia ją znacznie, dodanie zaś świeżej trypsyny wzmaga jeszcze to osłabiające działanie. Ale i bez dodania ługu świeży rozczyn trypsyny działa na pepsynę, jak to wynika z porównania próby L. 1 i L. 6. Zbyt wielka waga osadu białka w próbach LL. 7, 8 i 9 pochodzi stąd, że rozczyn trypsyny zawiera ścinające się przy zagotowaniu białka, które tu szły na wagę razem z białkiem jaja kurzego. W próbach LL. 1—4 dodaliśmy natomiast rozczyn trypsyny, przesączony po zagotowaniu. Porównanie prób L. 1 i L. 5 wykazuje, że pepsyna w próbie pierwszej osłabła pod działaniem wody. Z danych tego rozdziału wynika, że trypsyna działa na pepsynę, wspierając niszczące działanie ługu. (Dok. nast.)

*) Stosowaliśmy trypsynę i pepsynę sprowadzoną od Mercka. Do rozpoznania odczynu, czy jest kwaśnym, zasadowym lub obojętnym, używaliśmy fioletowego rozczynu lakmusu, oraz fioletowo-niebieskiego rozczynu lakmoidu. Rozczyny enzymów posiadają odczyn podwójny, zapomocą więc samego lakmusu nie można rozpoznać zobojętnienia, natomiast lakmoid wskazuje niebieskie zabarwienie, gdy ciecz zawiera jedno- i dwukwaśne fosforany, nie zawierając wolnego kwasu.

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Większość autorów obcych, a wielu naszych (Rydygier, Krajewski) zaznacza wyraźnie, że nie ma równoległości między zmianami anatomicznemi a objawami klinicznymi. Podział więc anatomiczny (Sonnenburga) do celów kliniczno-praktycznych się nie nadaje. Również nieodpowiednim jest podział na przypadki ciężkie, średnie i lekkie. Bo nie jeden z ciężkiego napadu zapalenia wyrostka łatwo wyzdrowiał, a inny, który cierpiał na lekki napad, lekko także... umierał. Dla celów klinicznych należałoby zatem stworzyć podział taki, któryby uwzględniał nie tyle zmiany anatomiczne, ile wskazane w danym razie postępowanie lecznicze. Oczywiście, że tylko w wyjątkowych przypadkach takie rozpoznanie uda się postawić od pierwszego wejrzenia; niekiedy musi się kilka dni badać, zanim zdołamy się należycie i jak potrzeba w położeniu rozpatrzeć. Dlatego też i z tej przyczyny, że w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego w czas podjęty zabieg chirurgiczny większą może przynieść korzyść choremu, niż bierne spostrzeganie internisty, które z co najmniej równą dla chorego korzyścią przeprowadzić potrafi każdy chirurg, słusznie domagają się chirurdzy, aby zapalenie wyrostka zaliczać do cierpień chirurgicznych „par excelence“ lub aby każdy taki przypadek obserwowali pospołu chirurg i internista. Takie wspólne badanie wyjdzie obu stronom na korzyść, a może — czynię to przypuszczenie z wszelkiemi zastrzeżeniami, — lepiej wyszliby na tem także sami chorzy. W każdym razie rzadziej stawałby chirurg przy łożu chorego „z uczuciem noża na gardle“, jak się wyraża Prof. Rydygier w swoim referacie, a znając przypadek od początku, nie z opowiadania, a z własnego spostrzegania, łatwiej i prędzej decydowałby się na odpowiedni zabieg, aniżeli wówczas, kiedy bywa zapraszany już do gotowego. Stawiając zaś takie żądanie, nie zdradzamy wcale krwiożerczych instyktów, przeciwnie podejmujemy się bez operacyi wyleczyć tyluż chorych, co i lekarze chorób wewnętrznych; pragniemy tylko, aby w każdym przypadku zapalenia wyrostka zachowany był „pokój zbrojny“ (Sahli). Uzbrojenie zaś owo, zdaniem większości, nie polega na obstawieniu chorego flaszeczkami z nalewką makowcową lub innemi miksturami, lecz na takiem zarządzeniu, aby już w parę godzin po zdarzonem zajściu módz przystąpić do najcięższego w tych warunkach zabiegu tj. do otwarcia jamy brzusznej.

Przejrzystym byłby może podział kliniczny na:

I. Scolecoiditis acuta a) simplex b) periscolecoiditis serofibrinosa c) periscolecoiditis purulenta α) saccata β) progrediens d) scolecoiditis cum peritonitide diffusa α) sero-purulenta β) septica.

II. Scolecoiditis chronica a) remittens b) recurrens.

III. Scolecoiditis larvata.

Dla porównania przedstawiam tu podział kliniczny Rydygiera i Krajewskiego. Rydygier przyjmuje:

I. Zapalenie wyrostka rob. nieżytowe bez towarzyszącego zapalenia otrzewnej *a)* z przekrwieniem *b)* z owrzodzeniem błony śluzowej.

II. Zapalenie wyrostka rob., połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanek sąsiednich, z mniejszym lub większym naciekiem lub wysiękiem zapalnym (plastron).

III. Zapalenie wyrostka rob. połączone z ogólnem zapaleniem otrzewnej *a)* ropnem, włóknikowo-ropnem. *b)* posokowatem.

Podział zaś Krajewskiego przedstawia się tak:

I. Zapalenie wyrostka rob. bez udziału tkanek otaczających. 1. *Append. simplex a) acuta b) chronica* 2. *Hydrops et empyema processus vermiformis.*

II. Cierpienia, będące najczęściej następstwem pierwotnej choroby wyrostka, czasami jednak wywołane przez pierwotne cierpienie kiszki ślepej: 1. *Peritonitis generalis ex appendicitide* 2. *Pylephlebitis ex appendicitide* 3. *Epityphlitis a)* ***acuta*** *α) circumscripta β) progrediens b)* ***chronica*** *α) vulgaris β) tuberculosa γ) actinomycotica c)* ***latens*** *d)* ***recurrens.***

III. Cierpienia, naśladujące ostre zapalenie okołowyrostkowe *(pseudoepityphlitis).*

Największą liczbę przypadków tego cierpienia stanowi *scolecoiditis acuta simplex.* Do tej postaci zaliczamy te przypadki, w których występuje napad nagle, nie poprzedzony żadnymi objawami zwiastunowymi, ciepłota nie przekracza 39⁰, stan ogólny dobry, tętno odpowiada zupełnie gorączce, wymioty, jeżeli były, to tylko raz, na samym początku cierpienia, miejscowo zaś przy badaniu znachodzimy nad talerzem biodrowym prawym bolesność, najwybitniejszą w punkcie Mc. Burneya, i opór, zależny tylko od napięcia miejscowego powłok brzusznych, o czem przekonać się możemy lekkiem opukiwaniem tej okolicy. Wypuk wówczas będzie głośny, bębenkowy, chyba że w kątnicy nagromadzi się większa ilość kału, który przytłumi jasność wypuku. Badaniem przez odbytnicę wykazać możemy co najwyżej bolesność po stronie prawej, ale żadnego obrzęku. Ciepłota w odbytnicy wyższa o 0·9⁰—1·0⁰ od ciepłoty pachy, podczas gdy w stosunkach prawidłowych i w innych chorobach gorączkowych różnica ta nie wynosi więcej, jak 0·5—0·6⁰. Na objaw ten zwracają uwagę Madelung, Schüle i Lenander. Objaw to ważny, nie tylko pod względem rozpoznawczym, ale, jak później wspomnę, także i w rokowaniu. Gorączkowy stan i bolesność utrzymują się w tej postaci choroby przez kilka (około 6) dni, poczem oba te główne objawy znikają albo nagle *per crysin* lub też powoli *per lysin.* W leczeniu najważniejsze — to bezwzględny spokój i bardzo ścisła dyeta, najlepiej ograniczona wyłącznie do wody białkowej, podawanej łyżeczkami. Takie kilkudniowe głodzenie szkody nie przynosi. Miejscowo worek z lodem, zawieszony na obręczy, okłady wysychające lub gorące, co chory woli i co mu największą ulgę przynosi.

Teraz wylania się zagadnienie najważniejsze, jakkolwiek może dla przebiegu choroby obojętne, czy podawać wewnętrznie makowiec czy środek czyszczący (olej rącznikowy, kalomel). Jeden i drugi środek ma swoich gorących zwolenników, tak zawziętych, że zwolennicy np. oleju rącznikowego oskarżają zwolenników makowca o błąd w sztuce[24]). Te skrajne różnice zdań zdają mi się dostatecznie dowodzić, że obojętnem jest, co podamy. Nie przeszkadzając tedy przeznaczeniu, sądzę że najlepiej zrobimy nie podając chorym ani makowca, ani olejku. W chirurgii jamy brzusznej odzwyczailiśmy się wreszcie od szablonowego podawania makowca i nie mieliśmy dotychczas powodu tego żałować. Makowiec, porażając jelita, wzmaga wzdęcie *(meteorismus),* przez co jeszcze bardziej utrudnia oddychanie i nie zapobiega temu, aby w danym razie nie wytworzyła się zgorzel wyrostka robaczkowego, boć ta zależy od znanych zmian anatomicznych. Nie pomoże też w wytwarzaniu się zlepów otrzewnowych, bo ruchy robaczkowe jelit, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka, któremu tak często towarzyszy zaparcie stolca, nie są nigdy tak gwałtowne, aby mogły aż przeszkodzić wytworzeniu się zlepów. Nie ulega jednak wątpliwości, że makowiec tamuje ruch robaczkowy, a przez to, jako też przez to, że pośrednio wzmaga wzdęcie, utrudnia rychłe rozpoznanie powstającego dopiero ogólnego zapalenia otrzewnej. A to wielka rzecz. Makowiec tylko tyle robi dobrego, że łagodzi a nawet usuwa zupełnie bóle. Do tego samego celu możemy jednak użyć podskórnie morfiny, która będzie równie skuteczna, jak makowiec, ale bez owych niepożądanych dodatków, lub wreszcie wilczej jagody, wzgl. jej farmaceutycznych przetworów. Z drugiej zaś strony nie zaleca się bynajmniej podawanie środków czyszczących, gdyż te rzeczywiście wzmagając ruch robaczkowy i umożliwiając płynnemu kałowi dostanie się do wyrostka, przyspieszyć mogą zagrażające już jego przedziurawienie, lub przez otwarty już wyrostek przepchać jeszcze większą ilość kału do jamy otrzewnowej. W ostatecznej już potrzebie, gdy chory wiele cierpi z powodu braku stolca (a wiadomo, że różni różnie na brak ten oddziałują), zalecić możemy lewatywę z małych ilości (około 500 gr.) letniej słonej wody i w razie potrzeby kilkakrotnie je powtórzyć.

Po ustąpieniu bolesności i gorączki, kiedy już śmielej badać możemy, nie wyczujemy w dole biodrowym żadnego nacieku, co najwyżej wtłaczając palce głęboko i trochę dopełniając spostrzeżenia wyobraźnią, wyczujemy wyrostek robaczkowy jakoby nieco zgrubiały i tkliwy. Wkrótce jednak znika i ta tkliwość, a wraz z nią następuje anatomicznie i ogólnie powrót do pierwotnego stanu zdrowia. Zupełnie jednak stanowczo i prawdziwie mówić możemy, że przebyta choroba była tylko prostem ostrem zapaleniem wyrostka (*scolecoiditis acuta simplex*), gdy co najmniej po jednorocznem spostrzeganiu (chociaż inni autorowie wymagają dwóch lat) chory nie narzeka na żadne dolegliwości ze strony jelita ślepego, ani też w tym czasie nie wystąpił świeży napad. Zestawienia różnych autorów (Kleinwächter, Rotter, Sahli i in.) wykazują, że takie przypadki stanowią około 70% wszystkich zachorzeń na zapalenie wyrostka robaczk.

W naszej klinice nie spostrzegaliśmy żadnego przypadku, któryby odpowiadał wszystkim tym warunkom.

Tą liczbą 70% objąć się jednak musi przeważną liczbę i z następnego działu: *periscolecoiditis sero-fibrinosa.* Tu już możemy wykazać wcale wyraźny „plastron“, utworzony z nieznacznych zlepów pętli jelitowych i wysięku surowiczego i włóknikowego. Tej odmianie towarzyszą zwykle objawy takie same, jak w postaci poprzedniej, z dodatkiem „plastronu“. Naciek nie obfity i surowiczy rychło ulega wessaniu. Część tych przypadków leczy się bez pozostawienia śladów, część zaś przechodzi w postać przewlekłą.

---

[24]) Bobrow, Deaner, A. C. Bernays, wielki znawca w sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego, oświadczają się gwałtownie i zasadniczo przeciwko makowcowi. Marklecow, Kleinwächter i przeważna część internistów równie usilnie zalecają makowiec.

I w tej gromadzie podobnie, jak i w poprzedniej, wystarcza i do celu prowadzi leczenie środkami wewnętrznymi, jednak o tyle tylko, o ile nie rozwinie się postać przewlekła.

I z tej gromady nie mieliśmy sposobności leczyć ani jednego przypadku.

Periscolecoiditis purulenta jest odmianą poprzedniej. Tu już naciek miejscowy jest o wiele wybitniejszy, niż w przypadkach gromady poprzedniej. Ponad nim nierzadko stwierdzić możemy obrzęk skóry i tkanki podskórnej, a w późniejszych okresach zaczerwienienie skóry i chełbotanie. Odpowiednio do tych zmian zmienia się i stan ogólny: gorączka utrzymuje się stale przez przeciąg choćby paru tygodni, nierzadko występują dreszczyki, objaw bardzo niepożądany, zwłaszcza gdy równocześnie stwierdzimy podsychanie języka. Gdy sprawa się ograniczy do najbliższego sąsiedztwa wyrostka robaczkowego, a zatem powyżej więzu Pouparta, dalszy przebieg może być łagodnym, a nawet zakończyć się wyzdrowieniem. Nie kto inny bowiem, jak właśnie Sonnenburg wykazał, że takie ropnie okołowyrostkowe, których istnienie udowodnił zapomocą nakłucia, mogą jeszcze uledz wessaniu. Częściej jednak to nie następuje i ropień przebija się na zewnątrz przez skórę, tworzy się przetoka, z którą chorzy potem noszą się latami, chyba że nowy i cięższy napad zmusi ich przedtem szukać pomocy chirurgicznej. Rzadziej następuje przebicie do któregokolwiek z sąsiednich narządów, lub wreszcie, co się stosunkowo najrzadziej zdarza, ropień taki przebija równocześnie do jelita i przez powłoki brzuszne, przez co w końcu powstaje stała przetoka kałowa [25]).

Spostrzeżenia: I. 1899 N. p. 50. T. H. l 36. żona handlarza. Od 14/1 do 8/2. Przed dwoma miesiącami po napadzie bólów w boku prawym, wytworzył się tamże guz. Ból utrzymuje się stale. St. ob.: Brzuch wzdęty, przez powłoki brzuszne rysują się pętle jelit. Nad prawym talerzem biodrowym guz wielkości głowy noworodka, chełboczący, skóra nad nim zaczerwieniona. 14/1 otworzono ropień Ropa brudna, cuchnąca. 8/2 rana wszędzie ziarniną pokryta. Na odcięcie wyrostka robaczkowego chora się nie godzi.

II. 1901 N. p. T. G. l. 52, urzędnik. Od 18/4 do 12/6. Obecne cierpienie trwa od miesiąca. Rozpoczęło się bólem w pachwinie prawej, który przez 10 dni utrzymywał się w jednej mierze. Po przemijającej poprawie, pogorszenie. St. ob.: Ponad prawym więzem Pouparta guz podłużny, chełboczący, skóra nad nim niezmieniona. Ciepłota rano 36·5, wieczorem 38·5. — 19/5 nacięcie ropnia w znieczuleniu miejscowem; znaczna ilość ropy brudnej, cuchnącej. 12/6 wypisany z małą przetoczką, z której przez krótki czas wydzielał się kał. Ma się zgłosić po paru tygodniach w celu usunięcia wyrostka robaczkowego.

III. 1899. N. p. 93. M. K. l. 26, młynarz. Od 20/1 do 8/3. Obecne cierpienie trwa od 3 miesięcy. Rozpoczęło się nagłym bólem w krzyżach, który następnie ograniczył się do prawego podbrzusza. Bóle o tem samem nasileniu trwają ciągle. Stolec zaparty. St. ob.: W szczytach płuc wypuk przytłumiony. Brzuch płaski, tylko nad talerzem biodr. pr. wysklepiony przez guz chełboczący, bolesny. Ciepłota prawidłowa. 21/1 przecięto ropień cięciem Rydygiera. Jama po ropniu wypełniała się powoli. Dnia 1/2 i 6/2 krwawienie z rany. Dnia 8/3 na własne żądanie wypisany z kliniki z raną brodawkującą, głęboką na 5—8 ctm.

IV. 1899. A. W. l. 23., masarz. Od 6/6 do 12/7. Obecne cierpienie trwa od 10 dni. Rozpoczęło się gwałtownymi bólami w brzuchu, najwybitniejszymi w prawem podbrzuszu, gdzie bez skutku stawiano pijawki. St. ob.: Brzuch miernie wysklepiony. Przy głębszem obmacywaniu po stronie prawej na wysokości pępka wyczuwa się guz grubości i kształtu palca, bolesny. 6/6 Cięcie Rydygiera. Naokoło kątnicy zrosty. Wyrostek rob. przyrośnięty do tylnej ściany kątnicy, na szczycie przedziurawiony i zanurzony w małym ropniu. Wyrostek odcięto. W połowie wyrostka przewężenie. Ranę z przodu zaszyto z wyjątkiem najniższego punktu, gdzie wprowadzono seton. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

V. 1901. E. B. l. 28, muzykant. Od 12/2 do 27/4. Chory od 6 tygodni. Cierpienie rozpoczęło się bólem w prawej połowie brzucha; wkrótce potem chory zauważył guz ponad pachwiną. Gorączka 38—39°. St. ob.: Wyraźne wypuklenie brzucha po prawej stronie u dołu, zależne od guza rozlanego, skóra nad guzem obrzękła. Bolesność znaczna. Chełbotanie. Wypuk przytłumiony. 6/4 cięciem Rydygiera przecięto olbrzymi ropień. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Wypisany z kliniki z raną podgojoną. Dalej leczony jako chory przychodni.

VI. 1901. J. P. l. 49 rolnik. Od 8/6 do 25/6. Obecna choroba trwa od 3 tygodni, a rozpoczęła się bólami w dolnej połowie brzucha poniżej i na prawo od pępka. Gorączkuje, ma dreszcze. St. ob.: Dolna część brzucha ponad spojeniem łonowem wysklepiona, na skórze ślady po pijawkach. Wypuklenie zależy od dużego guza nieruchomego, chełboczącego. Wypuk nad nim stłumiony. Bolesność w okolicy kiszki ślepej i pętli esowatej. Po kilkudniowem spostrzeganiu, wśród którego chory gorączkował (do 38·2) guz zmniejszył się i przesunął bardziej ku stronie prawej. Przy wypisywaniu chorego z kliniki na jego własne żądanie, stwierdzono na talerzu biodrowym prawym guz wielkości pięści, chełboczący.

VII. 1900. W. R. l. 47., rolnik. Od 3/11 do 16/1. Od 3 lat chory na przepuklinę pachwinową prawą i nosi pasek. Przed 3 dniami zaczęło go bardzo boleć w okolicy przepukliny, moszna obrzękły i stwardły. Od 3 dni stolca, ani wiatrów niema. Nie wymiotował. St. ob.: Prawa połowa moszen powiększona, skóra nad nią zaczerwieniona. Bolesność. Wypuk nad guzem stłumiony. Ponad talerzem biodrowym brzuch lekko wysklepiony; obmacaniem stwierdza się w głębi obrzęk, wielkości dwóch pięści, bolesny, napięty, chełboczący. Wypuk bębenkowo-przytłumiony. Gorączkuje do 39·3°. — 5/11 w uśpieniu chloroformowem cięcie jak przy operacyi doszczętnej sp. Bassiniego. Z worka przepuklinowego wylewa się ropa: zawartość przepukliny stanowiła kątnica i silnie zrosłe z nią pętle jelita cienkiego. Wyrostek robaczkowy nie widoczny i nie szukano go. Rana goiła się *per secundum*. Chory opuścił klinikę z blizną i otrzymał polecenie, aby się za parę tygodni stawił w celu usunięcia wyrostka.

Tak bywa w przypadkach szczęśliwych. W innych ropienie nie ogranicza się, lecz szerzy się w jednym lub drugim kierunku, jak to już naszkicowaliśmy, mówiąc o zmianach anatomo-patologicznych. Przyłączyć się mogą powikłania, same przez się groźne, nierzadko śmiertelne (ropień podprzeponowy, otok opłucny, ropnica i t. n.).

Sądzę że dokładne spostrzeganie kliniczne i ponawiane codziennie dokładne badanie, uwzględnienie szczegółowe tętna i gorączki i ich wzajemnego stosunku, dreszczów (zwłaszcza tętno powyżej 120 każe być bardzo ostrożnym), często ponawiane badanie przez odbytnicę, pozwolą nam na czas rozpoznać tę złośliwą postać *periscolecoiditis purulenta progrediens* i przez czynne wdanie się zapobiedz złemu. W przypadkach tych ograniczyć się na leczeniu wewnętrznem lub, co na jedno wyjdzie, wyczekiwać wyjątkowo możliwego samowyleczenia, aby módz w danym razie operować „a froid", wydaje mi się postępowaniem nieodpowiedniem, ryzykownem i przynoszącem choremu raczej szkodę niż pożytek. Jeżeli już nie co innego, to przynajmniej stara chirurgiczna zasada „*ubi pus ibi evacua*" powinna być obowiązującą. Powstrzymywać należy tylko przedwczesne zapały, a do operacyi przystąpić wówczas, gdy już jesteśmy pewni jakichtakich zrostów, odgraniczających jamę otrzewnową niezajętą. A na tę chwilę, przy znanej wytwórczej własności otrzewnej, chyba nie długo wypadnie nam czekać. W przypadkach *periscolecoiditis purulenta saccata* nie ma powodu nastawać i nalegać na chorego, trzeba mu dać czas do namysłu i oględnie przedstawić mu korzyści wczesnej operacyi. Zre-

[25]) cf. Spostrzeż. XIX.

sztą dokładniej o rodzaju operacyi i jej rozmiarach pod koniec wykładu.

Spostrzeżenia:

VIII. X., pryw., lat 16. Chory od kilku tygodni. Zapadł wśród typowych objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przez cały czas wysoko gorączkuje. St. ob.: Brzuch lekko wzdęty, ale bolesny tylko po prawej stronie. Tu największa oporność. Wyraźnego nacieku niema. Objawów ogólnego zapalenia otrzewnej niema. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Rydygiera. Otrzewnej nie przecinano, lecz odłuszczając ją ku tyłowi i ku miednicy małej natrafiono na ognisko ropno-posokowate. W czasie operacyi naddarła się pętla jelita, — jak się zdaje oddzielił się wyrostek rob. od podstawy. Przez otwór wylewa się obficie kał. Otwór zaszyto, wyrostka nie szukano. — Chory umarł w trzy dni po operacyi wśród objawów posocznicy.

IX. J. W. l. 20, słuchacz politechniki. Od 18 do 27 listop. 1900. Często zapadał na zapalenie migdałków. Obecne cierpienie od 10-ciu dni. Rozpoczęło się bólem w brzuchu, który 7-ego dnia rano nagle się zwiększył. St. ob.: Objawy posocznicy. Brzuch wzdęty, po prawej stronie bardzo bolesny i silnie napięty ;— po lewej niebolesny. Po prawej wypuk stłumiony, schodzi się ze stłumieniem wątroby. W klatce piersiowej po stronie prawej z tyłu objawy wysięku opłucnowego. Temperatura 39·5. — Wykonano resekcyę żebra po stronie prawej — wylało się wiele płynu posokowatego. 27/11 chory umarł. Sekcya wykazała: *appendicitis perforativa, abscessus cavi Douglasi, abscessus subphrenicus, pleuritis exsudativa. Causa mortis: pyaemia.*

X. J. P. l. 15, uczeń krawiecki, od 12—13 kwietnia; chorego przyniesiono z rozpoznaniem przedziurawienia wyrostka robaczkowego, z kliniki wewnętrznej. Natychmiast otwarto cięciem Rydygiera jamę brzuszną. Z okolicy kątnicy wylał się płyn posokowato-ropny, a w nim kamyk kałowy. W kilka godzin potem chory umarł. Sekcya potwierdziła rozpoznanie i wykazała liczne ropnie wątroby. *Causa mortis: septico-pyaemia.* (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Lubliński. **Czy istnieje porażenie samego mięśnia pierścienio-tarczykowego.** (*Münchner medic. Wochenschrift* 1901, Nr. 26). Schrötter oświadcza, że nigdy takiego porażenia nie widział. Z tem oświadczeniem Schröttera zgadza się może to, że rozmaici autorowie podają tej zmiany różnorodne objawy. Autor miał w trzech przypadkach spostrzegać porażenie tego mięśnia. Jednym z objawów porażenia ma być niemożność wydobycia wysokich tonów. L. spostrzegał porażenie zawsze po jednej stronie. Na zasadzie swoich przypadków twierdzi L. wbrew zapatrywaniom Schröttera, że porażenie samego tylko mięśnia pierścienio-tarczykowego zdarza się. *Dr. Teofil Zalewski.*

Krause. **Dwadzieścia siedm przypadków wewnątrzczaszkowego wycięcia nerwu trójdzielnego** (między tymi 25 przypadków typowego wycięcia zwoju Gassera) **i jego wyniki.** (*Münchner med. Wochenschrift* Nr. 26, 27, 28). W dwóch przypadkach, w których K. wykonał wewnątrzczaszkowe wycięcie drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, powstał po roku nawrót tak, że w jednym przypadku musiał K. następowo wyciąć zwój Gassera. Dlatego też autor radzi we wszystkich przypadkach, w których nie cofamy się przed otwarciem czaszki, wycinać zwój Gassera, bo sama operacya nie o wiele jest cięższa, a zaburzenia po wycięciu zwoju Gassera są też stosunkowo nieznaczne. Pierwszą tego rodzaju operacyę wykonał autor, a później Doyen. Autor otwiera czaszkę, tworząc z okolicy skroniowej płat, składający się z części miękkich i kości; szypuła płatu znajduje się u dołu na wysokości łuku jarzmowego. Następnie radzi autor zapomocą kleszczy usuwać jeszcze kość u dołu z bocznej ściany czaszki aż do podstawy czaszki, by uzyskać tem swobodniejszy dostęp do wnętrza czaszki. Doyen przyznaje też temu sposobowi pierwszeństwo. Autor podwiązuje zawsze tętnicę oponową średnią w przeciwieństwie do Dollingera, który uważa podwiązanie za niepotrzebne. K. zwraca uwagę na jaknajdokładniejsze opanowanie krwotoku, gdyż tylko wtedy można pewnie operować w dość znacznej stosunkowo głębokości. Po dojściu do zwoju Gassera przecina się druga i trzecia gałąź nerwu trójdzielnego, oddziela się zwój i wyrywa się go wraz z dośrodkowym końcem nerwu; niekiedy udaje się wyrwać nerw trójdzielny aż do mostu Varola; przy wyrywaniu tem przerywa się jednocześnie pierwszą gałąź nerwu trójdzielnego. Operacya trwa od 25 minut do trzech godzin. Leczenie trwało 18—20 dni; przez pierwsze 10—12 dni chory pozostaje w łóżku. Operacyę wykonał K. 18 razy u kobiet i 7 razy u mężczyzn. Najważniejsze zaburzenia po wycięciu zwoju Gassera występują ze strony oka: mianowicie wskutek utraty czucia w rogówce i spojówce bardzo łatwo występują rozmaite zmiany odżywcze, szczególnie jeżeli oko jest narażone na zewnętrzne wpływy szkodliwe. Dlatego też po tej operacyi należy szczególną uwagę zwracać na oczy. Niebezpieczeństwo wystąpienia zmian odżywczych jest największe bezpośrednio po operacyi, później zmiany te występują rzadziej. W pięciu przypadkach spostrzegał K. wystąpienie porażeń nerwów ocznych (*oculomotorius, trochlearis, abducens*); za przyczynę uważać należy ucisk podczas operacyi. Porażenia te ustąpiły samoistnie bez leczenia. W dwóch przypadkach, w których operowano po lewej stronie, wystąpiły bardzo nieznaczne zaburzenia w mowie, które również samoistnie znikły. W jednym przypadku spostrzegał K. po prawostronnej operacyi porażenie lewej ręki i nogi i nerwu twarzowego. Porażenie ustąpiło, ale pozostał niedowład. Autor objaśnia sobie wystąpienie porażenia wynaczynieniem do mózgu, które powstało wskutek przejściowego ucisku na mózg podczas operacyi. Po wycięciu zwoju Gassera w żadnym przypadku nie było nawrotu; czas spostrzegania wynosi w pięciu przypadkach 6—8¼ lat, w 11-tu przypadkach dwa lata. W trzech przypadkach wystąpił ból po stronie nieoperowanej, nigdy jednak nie przechodził na stronę operowaną. Wycięcie zwoju Gassera jest przeciwwskazanem w przypadkach nerwobólu na tle histerycznem; K. w tych warunkach wyciął zwój raz tylko — bez skutku. W niektórych przypadkach występuje utrudnienie w otwieraniu ust wskutek zbliznowacenia mięśnia skroniowego, ale tylko w jednym przypadku utrudnienie to było tak znacznem, że chora nie mogła wcale otwierać ust i K. musiał wyciąć wyrostek wroniasty dolnej szczęki po tej stronie. Występuje też porażenie mięśni służących do żucia, ale żucie mimoto odbywa się wskutek prawidłowej czynności mięśni po drugiej stronie. W dwóch przypadkach chorzy skarżyli się na znieczulenie błony śluzowej jamy ustnej po stronie operowanej. Z powodu niejakiego niebezpieczeństwa tej operacyi zaleca ją K. tylko w tych razach, gdy inne środki nie pomagają. Wypadków śmierci miał K. pięć; dwa wskutek operacyi, trzy z innych przyczyn. *Dr. Teofil Zalewski.*

Breitung. **Przyczynek do techniki wydalania ości z gardła.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 28). Autor poleca w przypadkach uwięźnięcia ości w gardle badanie palcem, gdyż badanie wziernikiem często zawodzi z tego powodu, iż ość siedzi zbyt głęboko i zupełnie jej nie widać. B. przytacza przypadek, w którym, badając wziernikiem, nie widział uwięzłej w migdałku ości, a wyczuł ją dopiero palcem. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pręgowski. **O podmiotowym objawie przy wysięku osierdziowym.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 31). Niedawno powstał u mnie wysięk osierdziowy, stwierdzony prócz mnie przez innego lekarza. Przebieg lekki, ciepłota nie przewyższała 37·2. Na pewien czas przed stwierdzeniem tego wysięku, więc gdy jeszcze nic o nim nie wiedziałem, a nawet nie przypuszczałem jakiejkolwiek zmiany ze strony serca, — począłem doznawać pewnego uczucia, na które z początku nie zwracałem uwagi, a którego znaczenie wyjaśniło mi się dopiero wtedy, gdy się dowiedziałem o swoim wysięku. Jeżeli mianowicie obracałem się w łóżku na bok prawy, doznawałem wrażenia, jak gdyby jakiś ciężar spadał na śródpiersie, w okolicy trzonu mostka i cisnął ku stronie prawej. Dopiero po stwierdzeniu płynu w worku osierdziowym, objaśniłem sobie to wrażenia tem, że płyn, na mocy ciężkości, przechodząc na stronę prawą, cisnął na nią i ja to ciśnienie odczuwałem. Po ustąpieniu wraz ze wszystkimi innymi jego objawami znikło także i wspomniane wrażenie. Należy nadto nadmienić, że wspomniane wrażenie zjawiało się, gdy kładłem się do snu, już śpiący, a więc daleki od dowolnego zwracania uwagi na cokolwiek; że na serce i na daną okolicę ciała nigdy nie zwracałem żadnej uwagi i nie przypuszczałem tam nawet jakiejkolwiek zmiany, że przeto uczucie wspomniane niejako narzucało mi się wbrew chęci. Wpływ samopoddawania jest zatem tutaj wykluczony. Wskazując kolegom na wspomniany objaw, proszę zarazem o zwrócenie uwagi, czy jest on stałym, tudzież od jakich jest zależny warunków, w pierwszym zaś rzędzie, o ile jest zależny od jakości i ilości płynu w worku osierdziowym. (*Streszczenie własne*).

Alexander. **Przyczynek do etyologii chorób trąbki Eustachiusza i ucha środkowego** (dwa przypadki zaburzeń czynnościowych trąbki po resekcyi górnej szczęki. (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 27). Autor opisuje dwa przypadki, w których po resekcyi szczęki górnej wystąpiły objawy niedrożności i nieżytu trąbki Eustachyusza po stronie operowanej. W pierwszym przypadku

objawy wystąpiły w cztery tygodnie, w drugim w dwa tygodnie po operacyi. Autor zastanawia się nad przyczyną wystąpienia tych objawów i przypuszcza, że przyczyną niedrożności i nieżytu w obu przypadkach jest upośledzenie drożności trąbki wskutek zmniejszenia sprawności mięśnia napinającego podniebienie, który uchodzi jednocześnie za mięsień rozszerzający trąbkę. Zmniejszenie sprawności nastąpiło wskutek tego, że przyczep mięśnia tego w powięzi podniebiennej uległ wskutek operacyi uszkodzeniu. Twierdzenie to autor opiera na tem, że i w przypadkach wilczej paszczy spotykamy się z podobnemi zaburzeniami. Sprawność mięśni trąbki może być upośledzona także z powodu zwyrodnienia tłuszczowego, jakie spostrzegać się daje po długotrwałych nieżytach gardła, albo z powodu zbliznowacenia, np. po wrzodach gruźliczych i kiłowych. Co do wyników leczenia, to w żadnym przypadku autor nie otrzymał trwałej poprawy. Leczenie polegało na wdmuchiwaniu powietrza przez cewnik. Aby uniknąć wymienionych zaburzeń, radzi autor zostawiać przy resekcyi szczęki górnej tylną część podniebienia twardego, choćby w postaci wązkiej blaszki. Autor nie znalazł podobnych przypadków w piśmiennictwie. *Dr. Teofil Zalewski.*

P. Réclus. **O sposobie znieczulania Biera.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 39). W polemice z Tuffierem twierdzi autor, że jedynie dzięki Bierowi sposób znieczulania drogą rdzenia kręgowego wszedł w życie, — dlatego należy zachować nazwę sposobu Biera, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że Corning znał dawniej już ten sposób znieczulania. Zachwalane przez T. postępowanie polega na stosowaniu do nakłócia strzykawki bez mandryna, co R. potępia ze względu na możność zatkania przewodu. Inne techniczne szczegóły postępowania są zapożyczone częścią od internistów, częścią od chirurgów. W przeciwieństwie do twierdzeń T. spostrzegał R., że znieczulenie bardzo często, prawie zawsze — rozpoczyna się na narządzie płciowym. Wyniki wstrzykiwań lędźwiowych są niepewne i niestałe, ponieważ wpływy osobnicze czy idyosynkrazya grają tu bardzo ważną rolę. Znieczulenie może rozpocząć się późno i bywa niestałe, a nawet może zupełnie nie wystąpić. Może ustać zbyt wcześnie, nawet przed końcem operacyi. Granica znieczulenia nie jest jednakową; w jednych przypadkach sięga do okolic przepony, w innych do pępka, a może zatrzymać się także na spojeniu łonowem. Tosamo tyczy się towarzyszących przypadłości, jakoto wymiotów, bólu głowy, podniesienia się ciepłoty, porażenia zwieraczy. Są one często, przykre i również niestałe co do natężenia, czasu powstawania i długości trwania. W ocenie dotąd opisanych ciężkich i śmiertelnych przypadków autor nie zgadza się z Tuffierem. Liczne stopniowania i przejścia od jednych do drugich potwierdzają istnienie zaburzeń ośrodkowych, zwanych przez autorów meningizmem i tłómaczących całokształt objawów i wypadki śmiertelne. Dlatego Reclus sądzi, że metoda Biera dopiero po ulepszeniu jej — w przyszłości — mieć może pewne znaczenie. Jak na dziś, jako nierównomierna i niepewna, może tylko wyjątkowo znaleźć zastosowanie. *Dr. M. Blassberg.*

George Coates. **Przyczyny i leczenie obfitych krwotoków nosowych u osób starszych.** (*The Lancet* 20-go kwietnia 1901 r.). Autor spostrzegał pięć przypadków krwotoków z nosa, nie wywołanych przez żadne zewnętrzne uszkodzenia, u osób, liczących powyżej 50 lat, a znanych autorowi w ciągu lat wielu: krwotok zjawiał się nagle, bywał bardzo obfity, trwając od $^1/_2$ godziny do godziny i dłużej; powtarzał się potem w ciągu dni kilku. U trzech chorych jednocześnie z krwotokiem z nosa zauważono pierwsze objawy wad zastawek sercowych, u dwóch innych spostrzegano w ciągu lat wielu znaczne wzmożenie ciśnienia tętniczego; krwotok nastąpił po zmęczeniu się i przeziębieniu.

Autor stara się objaśnić w następujący sposób zjawianie się krwotoków z nosa u swoich chorych: 1° wysokie ciśnienie w tętnicach, trwające czas dłuższy, i 2° nagło osłabienie serca wskutek jakiejkolwiek przyczyny — wywołują 3° przepełnienie całego systemu żylnego i 4° przesiąkanie krwi z przepełnionych żył nosowych. Wobec tego głównem wskazaniem leczniczem jest według autora opróżnienie przepełnionych żył: mechaniczne miejscowe leczenie mało pomaga; unikać należy i środków pobudzających wobec zmęczenia serca; natomiast należy skierować uwagę na naczynia włoskowate i drobne tętnice całego ustroju (naczynia nosa są bowiem w danym wypadku jedynie *locus minoris resistentiae*). Wskazane tedy są środki, rozszerzające tętnice: nitrogliceryna, amylnitrit, jako najprędzej działające, — a potem erythrol, tetranitrit lub nawet tabliczki z gruczołu tarczowego. Gdy naczynia włosowate i tętnice drobne już się rozszerzyły, należy zastosować strychninę i *strophantus*. Krwotoki nosowe przy tem leczeniu prędko ustawały i bez tamponowania nosa. *St. Rudzki.*

IV. Międzynarodowy Zjazd celem zwalczenia gruźlicy.

(Londyn 23—26 lipca 1901 r.).

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

II. Brouardel: **Jakich środków chwytają się państwa, aby zwalczyć gruźlicę?** Udowodnioną jest rzeczą, że można uniknąć gruźlicy, zarówno jak i to, że jest uleczalną w początkowych swych okresach. O ile świat lekarski wierzy w ten pewnik, o tyle społeczeństwo może tylko wówczas istotną mieć z tego korzyść, jeśli każdy człowiek będzie nawskróś przejęty tą wielką prawdą; jak najszersze więc rozpowszechnienie tych zasad winno być jednem z najgłówniejszych zadań ruchu przeciwgruźliczego. Angielskie Towarzystwo „National Association of Prevention of Consumption itd.“ wydaje często i w wielkiej ilości pisma ulotne pod rozmaitymi tytułami: „Mleko a gruźlica“, „Świeże powietrze a wentylacya“ i t. d., w Niemczech to samo robią „Towarzystwa uzdrowiskowe“ (Heilstättenvereine), tą samą drogą kroczy Belgia, Norwegia i inne kraje. W broszurach, wykładach i t. p. należy nietylko wskazywać na niebezpieczeństwa, grożące ze strony suchotników, ale trzeba także zaznaczyć, że przy zachowaniu pewnych zasad i przepisów obcowanie z gruźliczymi chorymi nie wpływa ujemnie na stan zdrowia otoczenia; w przeciwnym bowiem razie wyłoniłaby się z biegiem czasu prawdziwa *tuberculophobia* (obawa przed gruźlicą).

Istotnem niebezpieczeństwem jest plwocina suchotników, — wszystkie więc środki zapobiegawcze powinny zmierzać do tego, aby w pierwszym rzędzie usunąć to źródło zakażenia; w Ameryce, Australii (Sydney) i w innych krajach istnieją surowe co do tego przepisy; w Europie jakoś mniej. Jak z jednej strony odpluwanie do odpowiednich spluwaczek usuwa zupełnie niebezpieczeństwo, tak z drugiej strony plwocina, wyrzucona na ziemię, wysuszona i wreszcie unosząca się w pyle, jest czynnikiem nader groźnym i niebezpiecznym, zwłaszcza w przepełnionych i ciemnych mieszkaniach uboższej ludności, gdzie nawet światło słoneczne nie zdoła zniszczyć prątków gruźliczych. Z tego wynika, że piekącą potrzebą są jasne i dostatecznie obszerne mieszkania; ten brak można usunąć tylko przez należyte socyalne ustawodawstwo i prywatne przedsiębiorstwa. W Anglii n. p. wydano i przeprowadzono już od r. 1851 cały szereg stosownych przepisów, za tym przykładem idą inne narody. Również i okoliczność, że niższa klasa ludności ucieka z dusznych i ciemnych mieszkań do szynkowni i tu oddaje się pijaństwu, przemawia za jak najszybszem usunięciem złych mieszkań, tem bardziej, że wielka część suchotników rekrutuje się z alkoholików; w tym samym kierunku powinny działać „kolonie wakacyjne“ dla dzieci, by już młody ustrój nabył do pewnego stopnia odporności.

Obok środków zapobiegawczych ma doniosłe znaczenie także sposób leczenia gruźlicy i sprawa jej uleczenia. Już Hippokrates wypowiedział zapatrywanie, że we wczesnym okresie suchoty są uleczalne, w obecnych zaś czasach ważnem jest, by ogół lekarski przejął się tą prawdą, a przekonanie to starał się wszczepić w swoich chorych; nie należy więc przed chorym ukrywać prawdy, lecz właśnie zwrócić mu uwagę, że przez wczesne a należyte leczenie może zupełnie odzyskać zdrowie. Co się tyczy wczesnego rozpoznania i wykrycia przypadków gruźlicy wśród szerokich mas ludności, to należy tworzyć odpowiednie zakłady (polikliniki dla suchotników), któreby się tem zajmowały. Wreszcie omawia autor obowiązek donoszenia władzy o zaszłych przypadkach gruźlicy i sprawę odkażania.

III. Mc Fadyean: **Prątki gruźlicze w krowiem mleku jako źródło zakażenia dla człowieka.** Koch mniej więcej w ten sposób się wyraził: Zarazki gruźlicy zwierząt (perlicy) są dla bydła rogatego jadowitsze, aniżeli prątki gruźlicy ludzkiej; różnica ta jest tak wybitna, że można zapomocą niej oznaczyć rodzaj prątka pod względem rozpoznawczo-różniczkowym. Jeśliby prątki gruźlicy bydła rogatego zdołały u człowieka wywołać gruźlicę, wówczas znaczna liczba ludzi, spożywających mleko i masło perliczych zwierząt, musiałaby zapaść na pierwotną gruźlicę jelit. Z uwagi jednak, że pierwotna gruźlica jelit nader rzadko występuje, nie można mówić o przenoszeniu się gruźlicy zwierząt na człowieka, a co zatem idzie, środki ochronne przeciw temu źródłu zakażenia są zbyteczne.

W odpowiedzi na te twierdzenia Kocha oświadcza Mc Fadyean:

1) Prątki gruźlicy ludzkiej mają prawdopodobnie mniejszą jadowitość, aniżeli zarazki bydła rogatego i dlatego ono z trudnością tylko ulega zakażeniu gruźlicą ludzką. Stwierdzoną zaś jest rzeczą, że prątki gruźlicy bydlęcej są chorobotwórczymi nietylko dla bydła, ale i dla innych czworonogów (koń, pies, owca i t. d.); z drugiej

strony doświadczenie uczy, że jeśli zarazek, znaleziony u pewnego gatunku zwierząt, jest nietylko u „gospodarza", ale i u całego szeregu innych gatunków zwierząt rozsadnikiem choroby, — wówczas także i u człowieka wywołuje tę samą chorobę. Z tego wynika, że prawdopodobnie zarazek gruźlicy bydlęcej działa zakaźnie na ustrój ludzki. 2) Następnie, wcale jeszcze nie jest bezwzględnie pewnem, że prątki gruźlicy bydlęcej różnią się co do jadowitości od prątków gruźlicy ludzkiej: po pierwsze, być może, że zarazki gruźlicy bydlęcej, przechodząc przez ustrój ludzki, tracą na jadowitości, a powtóre istnieją już między prątkami jednego i tego samego gatunku wielkie różnice pod względem jadowitości. 3) Co się wreszcie tyczy pierwotnej gruźlicy jelit, statystyka angielska różni się od Kochowskiej: podaje bowiem 29% wszystkich przypadków. Dodać należy, że w gruźlicy u ludzi niezawsze można odkryć pierwotne źródło zakażenia, a ostatecznie już z przyzwyczajenia odnosi się wszystkie przypadki *tabes mesaraica* u dzieci do używania mleka, zawierającego prątki gruźlicze.

Omawiając środki ochronne powiada Mac Fadyean: 1) Rozpowszechnienie wiadomości o powyższych niebezpieczeństwach, szczególniej wśród ludności wiejskiej, jest rzeczą konieczną. 2) Rozpoznawcze szczepienie zwierząt tuberkuliną jest rzeczą wielkiej wagi; aczkolwiek nie można zaprzeczyć, że otrzymane wyniki nie są zupełnie bez zarzutu. Zaleca się nadto: a) okresowe badanie bydła rogatego, b) obowiązkowe zawiadomienie władzy o przypadkach gruźlicy wymion, c) nadzór nad przemysłem mlecznym.

W ożywionej dyskusyi, w której brali udział Spencer, Browne, Nocard, Hamilton, Ravenal, Crookshead, Woodhead, zgodzono się na następującą zasadę: Pomimo wielkiej powagi Kocha w dziedzinie bakteryologii, należy na razie z całą energią sprzeciwić się jego twierdzeniu, jakoby prątek gruźliczy bydła rogatego nie dał się przenieść na człowieka: wszystkie zaś środki ochronne i zapobiegawcze, zmierzające do zapobieżenia przenoszeniu się zarazka, należy w całym zakresie zatrzymać.

Na 5-tem publicznem posiedzeniu powziął Zjazd następujące uchwały:

1) Ludzka plwocina jest najgłówniejszym rozsadnikiem gruźlicy.
2) Należy niszczyć plwocinę (spluwaczki i t. d.)
3) Obowiązkowe zawiadomienie władzy wskazane jest tylko w szczególnych przypadkach.
4) Budowanie domów zdrowia (uzdrowisk) jest konieczne.
5) Przepisy i środki przeciw perlicy zwierząt mają nadal obowiązywać.
6) Należy na szersze rozmiary powtórzyć doświadczenia Kocha.
7) Konieczność zawiązania międzynarodowego Komitetu dla zwalczania gruźlicy.
8) Należy zwracać baczną uwagę na uboczne przyczyny (wyskok) suchot.

Nadmienić wreszcie należy, że ze Zjazdem połączono wystawę okazów, obrazów, przyrządów i t. d., stojących w ścisłym związku z przedmiotem Zjazdu.

V. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Dokończenie).

33. Prof. Kader (Kraków). **O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń jelita grubego.** Niezłośliwe zwężenia odbytnicy powstają najczęściej na tle kiły i rzeżączki. Zwężenia te zwykle sięgają bardzo wysoko tak, że w zasadzie używać się powinno sposobu brzuszno-krzyżowego. Podobnego sposobu użył K. w jednym przypadku z powodzeniem (cf. *Przegląd lekarski* 1901, str. 368).

Dyskusya.

Rutkowski użył podobnego sposobu już raz w praktyce. Po otwarciu jamy brzusznej przeciął pętlę esowatą, koniec dośrodkowy wszczepił w powłoki brzuszne (*anus praeternaturalis inguinalis*), koniec zaś obwodowy wgłobił, poczem od międzykrocza dokonał amputacyi odbytnicy.

Barącz zwraca uwagę, że technika Kadera różni się znacznie od techniki, podanej przez Giordano, Chalot i Quénu.

34. Docent Chlumsky (Kraków). **Przypadek przepukliny uwięzłej, leczony nowym sposobem.** Przed pół rokiem miał Ch. sposobność przedstawić w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem osobę operowaną z powodu zwęźlenia jelit i wgłobienia kątnicy, której życie udało się uratować li tylko dzięki szczególnemu sposobowi operacyjnemu. Ch. zalecał wówczas, podobnie jak swego czasu Helferich, stosować ten sposób w przypadkach przepuklin uwięzłych, gdzie już zgorzel wystąpiła, a to głównie tam, gdzie chory jest bardzo osłabiony i zależy na szybkiem zakończeniu operacyi. Sposób ten stosował Ch. i w obecnym przypadku. Przed 16-tu dniami przywieziono do kliniki krakowskiej chorego z uwięzłą już od czterech dni przepukliną pachwinową; stan był groźny. Operowano niezwłocznie w znieczuleniu Bier-Corninga. W worku przepuklinowym znaleziono pętlę jelita 15 ctm. długą, czarno zabarwioną i pokrytą nalotami. O odprowadzeniu oczywiście mowy nie było. Przeciwko resekcyi przemawiał znaczny upadek sił chorego. Pozostały więc dwie drogi: albo założyć odbyt sztuczny, albo użyć własnego sposobu, co też wykonano, jak następuje. Pomiędzy pętlami jelitowemi, 10 ctm. poniżej uwięźnięcia, wytworzono boczne połączenie. Przy pomocy swego wessalnego guzika przymocował Ch. chorą część jelita do brzegów rany poza jamą brzuszną szwem okrężnym. Chory wkrótce po operacyi przyszedł do siebie. Ciepłota i tętno wróciły do stanu prawidłowego. Już na drugi dzień po operacyi wiatry. Mocz oddawał chory swobodnie. Na trzeci dzień po operacyi nastąpiło przedziurawienie pętli, pozostawionej na zewnątrz, w trzech miejscach, i to właśnie w miejscach, gdzie jelito pokryte było ową brudną wypociną. Przez te otwory wyciekał kał płynny. Samo zaś jelito, pozostawione na zewnątrz, zmniejszyło się o połowę, mimo że od operacyi upłynęło dopiero kilka dni. Chl. sądzi, że to zmniejszenie postąpi i dalej i że wystarczy następnie tylko mały zabieg, by sprowadzić zamknięcie pozostałych otworów.

W ten sposób uzyskał Ch. właśnie to samo, co można uzyskać przez odbyt sztuczny, z tą jednak różnicą, że postępowanie późniejsze jest tu o wiele prostsze. Kto zna różnicę gojenia się odbytu sztucznego, a zwykłej przetoki jelitowej, ten uzna wartość i znaczenie użytego sposobu. Ciekawem jest zachowanie się guzika Ch. przy tej operacyi. W 10-tym dniu dawał się on wyraźnie wyczuć palcem, wprowadzonym do przetoki. Tkwił wówczas jeszcze silnie. Dnia 11-ego był już wolniej osadzony, a 12-ego dnia po operacyi znalazł go Ch. kilka centymetrów poza anastomozą w pętli odprowadzającej. Z pewnym trudem udało się go wyciągnąć zapomocą długich kleszczyków. Ch. pokazuje ten guzik, przyczem zwraca uwagę, że choć jego powierzchnia jest już ostrą i nadżartą, to mimo to jest on dosyć jeszcze silny, by zadosyć uczynić o wiele większym wymogom, aniżeli w tym właśnie przypadku. (Streszcz. wł.).

W dyskusyi zabierają głos Barącz, Kader, Trzebicky, Bossowski, Rydygier zaznaczając, że podobne postępowanie zalecano już oddawna. W odpowiedzi zaznacza Chlumsky, że nowem tu jest zastosowanie wessalnego guzika z magnezyi, który dobre usługi oddaje i przy zakładaniu połączeń na jelicie grubem.

35. Doc. Bossowski (Kraków). **O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. „megacolon congenitum".** Klasycznym zabiegiem w tem wrodzonem cierpieniu jest niewątpliwie wycięcie całego rozszerzonego jelita. Dla dzieci jednak osłabionych i wynędzniałych jest to zabieg zbyt ciężki. Lżejszym byłoby niewątpliwie założenie połączenia między jelitem biodrowem a pętlą esowatą, lub odbytnicą. Operacyę taką, t. j. ileorektostomię wykonał B. przed kilkoma miesiącami na dwuletniem dziecku, które przedstawia. Po operacyi odżywienie dziecka znacznie się poprawiło, i wbrew oczekiwaniu stolec jest zawsze uformowany, a nawet od czasu do czasu występuje chwilowe zaparcie stolca.

36. Docent Barącz (Lwów). **O przepuklinie lędźwiowej.** Do niedawna uważano za punkt wyjścia przepuklin lędźwiowych trójkąt Petita, t. j. ograniczone miejsce w dolnym odcinku okolicy lędźwiowej, zawarte pomiędzy mięśniami: szerokim grzbietu, skośnym zewn. brzucha, a grzebieniem kości biodrowej. W r. 1866 Grynfelt, a wkrótce potem Lesshaft, zwrócili uwagę na inne, częściej napotykane, słabsze miejsce w okolicy lędźwiowej, t. zw. *trigonum lumbale superius s. rhombus lumbalis*. Granice tego trójkąta stanowią: na zewnątrz — tylny brzeg mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha, u góry — dolny brzeg mięśnia zębatego, tylnego dolnego, (*m. serpratus post inf.*), szczyt XII żebra, ku tyłowi — zewnętrzny brzeg ochwy mięśnia prostującego grzbiet, ku dołowi — zaś mięsień brzuszny skośny wewnętrzny. J. Wolff i H. Braun powątpiewają o istnieniu przepuklin lędźwiowych w trójkącie Lesshafta. Pierwszy przypadek podobnej przepukliny spostrzegał Karol Bayer w Pradze w roku 1888. Bossowski przytacza cztery przypadki własne, w których brama przepuklinowa dawała się wykazać w trójkącie Lesshafta; w dwóch przypadkach dawał się nadto wykazać garb (*spondylitis)*, w jednym boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*). Zmiany anatomiczne w kręgach usposabiają prawdopodobnie do tej prze-

pukliny. Badania anatomiczne (kol. Burzyński), które są w toku, wykazują przeciętnie na 16 nekroskopij, w trzech trójkąt Lesshafta. (Streszczenie własne).

37. Bogdanik. **O zachowawczem wyłuszczaniu włókniaków macicy.** Na podstawie przypadków przez siebie operowanych, rozróżnia B. trzy rodzaje włókniaków macicy, które się dadzą wyłuszczyć. Pierwszy rodzaj: włókniaki wychodzące z błony śluzowej macicy, a bujające do jamy macicy, dostępne są od strony pochwy. Włókniaki podotrzewnowe i śródścienne wyłuszczyć można przez otwarcie jamy otrzewnej. W obu przypadkach prowadzi się cięcie w linii białej poniżej pępka, kończąc je na trzy palce powyżej spojenia kości łonowych, a następnie wydobywa się macicę na zewnątrz jakby do cięcia cesarskiego. Jeżeli się teraz znajdzie guz podotrzewnowy, to się otrzewnę przecina przez największą wypukłość guza, a następnie wyłuszcza się guz na tępo. Broczenie bywa przytem zazwyczaj małe. Po zatamowaniu krwawienia zaszywa się naciętą otrzewnę maciczną, odprowadza macicę, a szew w powłokach brzusznych kończy zabieg operacyjny.

B. przedstawia włókniak tym sposobem operowany u kobiety 40-letniej, która nigdy nie rodziła; włókniak ma 25 ctm. w obwodzie.

Jeżeli włókniak siedzi w samym miąższu macicy, wtedy B. podwiązuje szyjkę wydobytej na zewnątrz macicy gazą wyjałowioną, celem zapobieżenia krwotokom, potem nacina macicę przez najwyższą wypukłość guza aż do nowotworu, który się następnie wyłuszcza na tępo, bez otwarcia jamy macicy. Szew mięśnia macicy, otrzewnej macicznej, nareszcie ściany brzusznej, po odprowadzeniu macicy, kończy zabieg. B. okazuje guz, wydobyty tym sposobem, u kobiety 34-letniej, mający 45 ctm. w obwodzie i ważący 1300 gramów. Kobieta ta dotąd, t. j. w cztery lata po operacyi, jest zdrową. *(Streszczenie własne).*

38. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym.** R. przedstawia chorą, u której śródotrzewnowo wykonał częściowe wycięcie ścian pęcherza, zajętych owrzodzeniem dziurawiącem (najprawdopodobniej gruźliczem). Otwór zatkany był siecią, w kłąb zwiniętą, którą R. podczas operacyi również odciął. Przebieg pooperacyjny wyborny. Chora przedstawia się w cztery miesiące po operacyi z zupełnie prawidłową czynnością pęcherza i w doskonałym stanie odżywienia.

39. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **Dalsze doświadczenie nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.** U dwóch chorych, dotkniętych gruźlicą sterczа, wykonał R. własnym sposobem operacyę i przekonał się, że technika operacyjna jest bardzo łatwą, a leczenie pooperacyjne jest proste i nie wymaga dłuższego czasu. Do gruczołu krokowego dostaje się R. przez cięcie podłużne na szwie międzykrocza.

40. Docent Chlumsky (Kraków). **Odprowadzenie wrodzonego zwichnięcia biodra u 12-letniej dziewczyny.** Ch. przedstawia chorą, która zgłosiła się na klinikę z wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego lewego. Ch. przedstawia ją dlatego i to jeszcze przed skończeniem leczenia, że mu się powiodło na drodze bezkrwawej zwichnięcie to odprowadzić, pomimo że pacyentka dawno już przekroczyła 6-ty rok życia. Jak wiadomo, Lorenz, Hoffa i inni odradzają odprowadzać bezkrwawo po szóstym roku życia. Mimo to Ch. dokonał zupełnie pomyślnie odprowadzenia, jak to z badania i z fotografii Röntgena przekonać się można. Skrócenie wynosiło przed odprowadzeniem 7 ctm. W przypadku tym ciekawem jest jeszcze to, że chora w cztery miesiące po odprowadzeniu upadła na wysoki próg w pokoju i wtedy nie nastąpiła, jakby się można było spodziewać, ponowne zwichnięcie, lecz zwykłe złamanie uda chorej kończyny. Zgojenie z bardzo małem skróceniem, nastąpiło w 6 tygodni. Chora od $1\frac{1}{2}$ miesiąca nie nosi żadnego opatrunku i leczy się ją tylko ortopedyeznie; chodzi tu mianowicie o to, by tkankę otaczającą staw uczynić wiotszą. Pomimo wszystkiego chód chorej znacznie się polepszył, chodu kaczkowatego niema. W ostatnim czasie było w klinice krakowskiej 5 przypadków wrodzonego zwichnięcia biodra, i to 2 obustronne, a 3 jednostronne. Dwa jedno- i dwa obustronne zwichnięcia odprowadzono, piąte u 15-letniej dziewczyny ma być odprowadzone. Skrócenie w tym ostatnim przypadku jest bardzo wielkie, nie możemy więc się odważyć ani krwawo, ani bezkrwawo operować bez poprzedniego przygotowawczego wyciągania (*extensio*). (Streszczenie własne).

Tak w streszczeniu przedstawiają się dwudniowe obrady XI-go Zjazdu chirurgów polskich. Brak czasu sprawił, że nad wieloma wykładami rozprawiano jak najtreściwiej, byle wyczerpać porządek dzienny. Aby złe — choć w części naprawić, postanowiono na przyszłym Zjeździe zająć się wyczerpująco sprawą chirurgii wątroby i dróg żółciowych (sprawozdawcy: Pruszyński (Warszawa) i Prof. Kader), a Prof. Trzebickyego uproszono o dokładne opracowanie sprawy leczenia gruczolaków zołzowych na szyi, nasuwają się bowiem pewne wątpliwości, czy w cierpieniu tem leczenie chirurgiczne nie jest już wystarczające, lecz wogóle odpowiednie.

* * *

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

40. Prof. Kuffner (sprawozdawca główny). Docent L. Haškovec, Doc. Heveroch, A. Riegel (spółsprawozdawcy) (Praga). **O urządzeniach dla ostrych i przejściowych chorób umysłowych.** Wywody wszystkich sprawozdawców zmierzają do wniosku, że chorych z objawami ostrych i przejściowych chorób umysłowych nie należy odstawiać do zakładów dla obłąkanych, ale że koniecznem jest utworzenie pewnego rodzaju klinik czy oddziałów obserwacyjnych, dołączonych w danym razie do kliniki chorób wewnętrznych. Bo wiadomo, że kto raz, choćby przejściowo, znalazł się w domu obłąkanych, spotyka się między ludem z uprzedzeniem lub lekceważeniem; człowiekowi takiemu np. nadzwyczaj trudno dostać jakieś zajęcie lub posadę. O chorych tego rodzaju wogóle sądzi się błędnie i to nietylko ze strony laików, lecz nawet i ze strony lekarzy. Przyczyną tego zaś jest niewystarczajce psychiatryczne wykształcenie lekarza. A z drugiej strony dziwić się należy, na ile waży się nieraz lekarz praktykujący pomimo braku odpowiednich wiadomości (Heveroch). Dotyczy to głównie lekarzy sądowych, więziennych i wojskowych. Najwięcej z tego wyrządza w takich razach lekkomyślne rozpoznanie: udawanie *(simulatio)*. Przedewszystkiem więc należy poświęcić nauce chorób umysłowych więcej czasu, niżeli dotąd, następnie trzeba zwalczać przestarzałe zapatrywania społeczeństwa na choroby umysłowe i wreszcie dążyć do urządzenia osobnych oddziałów lub klinik dla ostrych chorób umysłowych, nietylko w stolicy, lecz np. także w ogniskach przemysłowych, na skrzyżowaniu kolei żelaznych i t. p.

41. Prof. R. Kimla (Praga). **O niektórych ukrytych wrodzonych niedokształceniach.** *Zwyrodnienie torbielowate* powstaje według K. w ten sposób, iż jednostajny związek przybłonkowy przyszłego narządu gruczołowego, z nieznanej dotąd przyczyny dzieli się na kilka odcinków, które następnie rozwijają się w torbiele, a nie w gruczoł, zdolny do czynności. Do niedokształceń wrodzonych zalicza autor i pewne postacie rozszerzenia oskrzeli i to nietylko u płodów lub noworodków, lecz i u dorosłych n. p. tak nazw. *cirrhosis Corrigani* płuc, następnie większą część rozszerzeń workowatych, dalej rozszerzenia walcowate pojedyńcze, co wszystko dotąd uważano za cierpienie nabyte. Podobnież i workowate wodonercze (*hydronephrosis*) polega według autora na zarodkowem niedokształceniu miąższu nerkowego, zatrzymanie zaś moczu stanowi tylko czynnik pomocniczy. Taksamo powstają i niektóre t. zw. żabki trzustki (*ranulae pancreaticae*). Do trzeciej gromady zalicza autor wrodzone stwardnienia (scelerosis) narządów, które zdarzają się najczęściej u dzieci z kiłą wrodzoną i które dotychczas tłómaczono jako zapalenia płodowe. Taka *»hepatitis pericellularis«* n. p. powstaje w ten sposób, że jad kiłowy, krążący w krwi, upośledza lub zatrzymuje rozwój części przybłonkowej, a pobudza tkankę mesenihymalną do bujania. Oprócz wspólnej przyczyny jednak jedna i druga sprawa są niezależne od siebie. Tak samo dzieje się i w płucach (*pneum. alba*), w trzustce *(sclerosis pancr.)*, w przewodzie pokarmowym (*hypoplasia mucosae intest*). Również i wodogłowie i *»hydromyelia«* wrodzone uważa autor za niedokształcenie, przyczem zwiększone parcie, jeżeli wogóle istnieje, ma znaczenie tylko uboczne. Wreszcie w podobny sposób omawia autor i wrodzone zapalenia zastawek serca, przedstawiając odpowiednie okazy.

42. Č. Návrat (Berno). **Etyologia padaczki, a jej znaczenie.** Autor zestawił historycznie cały szereg poglądów na przyczyny padaczki i wykazuje, że najważniejszymi czynnikami są choroby umysłowe (szczególnie padaczka) rodziców (około 50%) i alkoholizm tak rodziców, jak i samego chorego. Inne przyczyny (urazy, rozmaite wybryki, przestrach i t. d.) mają znaczenie drugorzędne. Opierając się głównie na zestawieniu Echeverria, według którego z 553 dzieci padaczkowych rodziców — 49% odziedziczyło chorobę tę wprost, 21·5% okazywało inne choroby nerwowe, a tylko 19% pozostało zdrowemi, odradza autor chorym padaczkowym wstępować w związki małżeńskie, chyba, że lekarz, uwzględniwszy stosunki po-

krewieństwa (liczbę dotkniętych padaczką) i stopień choroby, na to zezwoli. Oprócz tego wnosi autor, aby krajowe władze zdrowia zaprowadziły podobny nadzór nad chorymi na padaczkę, jak nad umysłowo chorymi. Po dyskusyi (z udziałem prof. Thomayera, Dra Wassermanna; dyr. Čumpelika i prym. Návrata) uchwalono: 1. prowadzić stałą statystykę chorych padaczkowych i 2. starać się o urządzenie schronisk dla nich.

43. Dyr. B. Ćumpelik (Praga). **Przyczynek do objawów obłędu opilczego** (*delirium tremens*). Według Liepmanna można przez uciskanie gałek ocznych wywołać omamy wzrokowe, według Bechtierewa można je sprowadzić przez wpatrywanie się w przedmiot lśniący. Oprócz tego jednak można omamy wywołać wzrokowe i przez poddawanie. A ten rodzaj omamów wzrok. jest według Ć. znamiennym dla okresu podrażnienia halucynacyjnego w obłędzie opilczym. Te poddawcze omamy mają zawsze pozór rzeczywistości, trwają przez kilka sekund i odczyn ich afektywny (*reactio affectiva*) jest nieznaczny lub niema go zupełnie. Te dwa ostatnie objawy wyróżniają ten rodzaj omamów od omamów zwykłych. W następującym okresie spokoju ruchowego, w którym trwa przytłumienie świadomości, wyróżnia Č. dwa okresy: upośledzenie, świadomości wraz z zupełnem nieoryentowaniem się co do czasu i przestrzeni, a następnie: nieoryentowanie się tylko co do czasu, który to stan jest przejściem do stanu prawidłowego w korzystnie przebiegających przypadkach.

44. Z. Janke (Smichov). **O świadomych i nieświadomych ruchach przy jąkaniu się.** Przy jąkaniu się spotykamy się z dwojakiego rodzaju ruchami mięśni: *a*) mimowolne kurcze (stałe lub drgawkowe) tych gromad mięśni, które służą do wymówienia pewnej zgłoski (mięśnie jamy ustnej, krtani i mięśnie oddechowe); *b*) dobrowolne ruchy najrozmaitszych części ciała, zapomocą których chory stara się ułatwić sobie wymowę. Ruchy te nie mają charakteru kurczów i są nieraz nader złożone (ruchy kończyn, tułowia, głowy i t. d.). Pierwsza gromada ruchów jest ściśle związaną z jąkaniem się, ruchy zaś drugiego rodzaju mogą wcale nie istnieć. Autor na podstawie swojego doświadczenia popiera więc zapatrywanie Liebmanna, który twierdzi, że przez jąkanie się odróżniać należy ruchy mimowolne i dobrowolne, a nie zgadza się z Denhardtem, który uważa wszystkie ruchy za świadome i celowe dla ułatwienia wymowy, ani z Gutzmannem, według którego wszystkie te ruchy odbywają się nieświadomie.

45. J. Skalička (Praga). **O raku w Pradze.** Według niektórych autorów angielskich i niemieckich ilość przypadków raka wzrasta. S. wykazuje i dla Pragi ten sam stosunek. Oprócz tego stwierdza on i pewien wpływ położenia niektórych części miasta, ulic, a nawet i domów, na ilość przypadków raka. Niekorzystnie np. wpływa nizina i bliskość wody.

46. Prof. J. Thomayer (Praga). **Nieżyt oskrzeli u starców.** W przebiegu nieżytu oskrzeli u osób starych spostrzegano nieraz napady ciężkiej duszności tak, iż francuscy autorowie tworzyli z tego nawet odrębną postać kliniczną. Duszność taką tłomaczono od czasów Laenneca zatkaniem drobnych oskrzeli. Th. sądzi jednak, że tłómaczenie to nie zawsze zgadza się z prawdą, a natomiast dowodzi, że przyczyną bywa nieraz osłabnięcie lewej komory serca (*asthma cardiale*). Tłómaczenie to opiera autor na znakomitem działaniu środków sercowych (naparstnica, *strophantus*), na badaniu przedmiotowem serca (rodzaj „coeur surmenagé“), i na objawach, świadczących o tem, że kaszel ma znaczny wpływ na ciśnienie krwi (na żylakach kończyn dolnych stwierdzić można sfigmografem zmianę kierunku prądu krwi podczas kaszlu, taksamo i na tętnicach można wpływ ten wykazać tak zapomocą sfigmografu, jak i zapomocą tonometru Gaertnera).

47. Docent L. Syllaba (Praga). **Udział otrzewnej i opłucnej w chorobach wątroby.** Zapalenie torebki wątroby napotykamy w najróżniejszych chorobach wątroby. Autor n. p. dwa razy słyszał tarcie, pochodzące od zmian torebki wątrobowej w przypadku stwardnienia (*induratio*) wątroby w następstwie wady serca. Tarcie takie może czasami naśladować szmer osierdziowy (Emminghaus, Ortner) lub opłucnowy. Z drugiej strony zapalenie torebki wątrobowej może naprawdę przejść na prawą opłucnę. Na czeskiej poliklinice spostrzegano objaw ten w przebiegu białaczki wrzekomej, raka i kiły wątroby, w przypadku kamicy, następnie w przypadku zwykłej żółtaczki i przy zapaleniu torebki wątroby po urazie.

W każdym przypadku suchego zapalenia prawej opłucnej należy zwracać uwagę na torebkę wątroby, podobnie jak przy zapaleniu opłucnej lewej — na stan śledziony. Nieraz przy niewyraźnych bólach w jamie brzusznej może suche zapalenie prawej opłucnej skierować badanie na właściwą drogę, t. zn. na kamicę żółciową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 30 sierpnia.

* Namiestnictwo zawiadamia, że wskutek zarządzenia c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 2 sierpnia 1901 r. L 46.558, fizykackie egzamina lekarskie odtąd odbywać się będą tak w Krakowie, jak i we Lwowie, w dwóch terminach, t. j. na wiosnę i w jesieni.

— W poprzednim numerze podaliśmy za dziennikami politycznymi wiadomość, że pierwszy na ziemiach polskich zakład dla chorych piersiowych w Zakopanem ma być otwartym w jesieni roku przyszłego. Nastąpi to jednakże w takim razie, jeżeli zebraną zostanie reszta potrzebnych na budowę i urządzenie funduszów, wynosząca około 400 000 koron. Połowę tej sumy pokryje pożyczka, której udziela galicyjski Bank krajowy na dogodnych warunkach, druga połowa ma być zebraną przez dalszą sprzedaż udziałów po 1000 koron. Byłoby rzeczywiście objawem wielce dla naszego społeczeństwa upokarzającym, gdyby powolne rozchodzenie się udziałów opóźnić miało otwarcie zakładu, przystępnego wprawdzie tylko dla zamożnych chorych, niemniej u nas gdzie wcale niema takich zakładów. — niezbędnego. Wszak zagranicą istnieją ich setki, a posiadacze udziałów wcale nie skarżą się na straty. Widać społeczeństwo nasze nie umie jeszcze patrzeć na rzeczy ze stanowiska ekonomicznego interesu; niechżeby przynajmniej poparło sprawę, poruszone względami humanitaryzmu, które zresztą były i są bodźcem najważniejszym dla twórców zakładu. Jak dotąd, sprawa opiera się przeważnie na gronie artystów, literatów i lekarzy, a niewiele tylko znalazło się wyjątków wśród »beati possidentes«. Uderza też niestosunkowo słaby, nawet uwzględniając naszą »nędzę«, udział Galicyi w całem przedsiębiorstwie. Jako interes finansowy, choć nie pozbawiony znaczenia i dla krajowych spraw ekonomicznych, zakład nas nie obchodzi; ale jako przedsięwzięcie humanitarne zasługuje zakład na poparcie wszystkich, komu zdrowie społeczeństwa nie jest obojętne, w pierwszym więc rzędzie wszystkich naszych lekarzy, z których może niejednemu powiodłoby się poruszyć ospały dotąd ogół. — a przynajmniej wciągnąć do sprawy tej jednostki, obdarzone znaczniejszymi środkami materyalnymi.

— Zakład leczniczy w Sławucie doczekał 25 lecia swego założenia.

* Pierwszym asystentem zakładu leczniczego w Görbersdorfie mian. został warszawianin dr. H. Cybulski.

* W połowie lipca ubiegło 40 lat zawodowej i naukowej działalności prof. Mierzejewskiego. Z powodu nieobecności prof. M. w Petersburgu uroczystość jubileuszowa została odłożona do jesieni.

— W nowym programie szkolnym szkół średnich rosyjskich zamieszczono dla klasy VII. wiadomości z higieny. »Kronika lek«. (7—15) przypuszcza, że wykłady będą powierzone lekarzom, zwraca jednak uwagę na potrzebę stosownego podręcznika, którego dotąd brak. Zanim nowy program szkolny wejdzie w Rosyi w życie, może też i w szkołach austryackich doczekamy się uwzględnienia tego tak ważnego przedmiotu, wykładanego dotąd tylko w seminaryach nauczycielskich.

* Zjazd lekarzy egipskich odbędzie się od 10 do 14 grudnia 1902 r. w Kairze pod przewodnictwem Abbate Paszy. Sekretarzem generalnym wybrany został dr. Woronow. Kongres poświęci swą pracę higienie i chorobom pospólnym Egiptu. Szczegółowy program później ogłoszony zostanie.

* Podczas Zjazdu niemieckich lekarzy w Hamburgu (od 20 do 28 września) ma zawiązać się „Towarzystwo niemieckich ortopedystów«.

* W Bergen (Norwegia) odsłonięto pomnik prof. Hansena, wynalazcy prątka trądu.

* Twierdzenie prof. Kocha, jakoby prątek gruźlicy bydła rogatego nie zakażał człowieka, wywołało bohaterskie postanowienie lekarza francuskiego Dr. Garnaulta. Przekonany o błędności teoryi Kocha, sam bezdzietny i zrezygnowany, dr. G. napisał list do Kocha wzywając go, ażeby na nim odbył doświadczenie ze szczepieniem prątka gruźlicy bydlęcej, w tem przekonaniu, że szczepienie da wynik dodatni. Czy Koch korzystać zechce z poświęcenia się dr. G ? odgadnąć trudno: dziwić by się jednak nie należało, gdyby szczepienie dało wynik ujemny, gdyż dr. G. ma lat 41, waży przeszło 100 kgr., ma 1 metr. 81 cnt. wzrostu, a więc znajduje się w wieku i warunkach najsilniejszej odporności.

* Węgierski minister spraw wewnętrznych rozesłał do lekarzy rządowych kwestyonaryusz w sprawie zimnicy. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi wyszle p. minister ukwalifikowanych lekarzy do

miejsc, w których grasuje zimnica, a to tak w celu jej zwalczania, jak i naukowego badania.

* Urząd miejski w Bukowsku donosi, że po ś. p. dr. J. Chrzanowiczu, zmarłym d. 27. b. m. na dur brzuszny, wakuje posada lekarza miejskiego i sądowego.

Mianowania i odznaczenia. Zwyczajnym prof. chirurgii i kierownikiem kliniki chirurg. w Rostoku mian został dr. W. Müller. Prof nadzw. farmakologii w Bolonii dr. Novi mian. został prof. zwyczajnym. Dr. Bataille mian. został prof. anatomii w Rouen, dr. Laurent prof. farmakologii i dr. Lenormand prof. chorób wewnętrz. mianowani prof. zwycz. w Rennes. Docenci: DDr: Bauer. Bettmann i Petersen mian. prof. nadzwycz. w Heidelbergu. Prof. Maksimow mian. został naczelnym lekarzem nowowzniesionego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Doc. Delicyn mianow. został prof. nadzw. chirurgii w Charkowie. Dr. Juergens mian. został prof patologii ogólnej.

Nekrologia. W moskwie zmarł w 42 r. życia doc. psychiatryi i chorób nerwowych A. Tokarski. autor licznych prac z zakresu swojej specyalności. Dr. Sylwan Gałęzowski zmarł w Ilińcach na Ukrainie, licząc lat 44. Dr. Józef Chrzanowicz zmarł w Bukowsku w 33 r. życia.

Bibliografia:

— Politzer: »**Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende**«. Wydanie 4. Stuttgart 1901. Ośm lat upłynęło od ukazania się III. wydania podręcznika Politzera. Nowe wydanie dzieła tak rozpowszechnionego i słusznie cenionego nie wymaga właściwie ponownego polecenia. W wydaniu 4 wyczerpująco uwzględniono zdobycze i postępy lat ostatnich na polu otyatryi; wykazuje ono też przyrost około 100 stronic druku i 15. ilustracyi. Niektóre rozdziały zupełnie przerobiono, lub znacznie rozszerzono, tak n. p. o sposobach operacyjnych, o powikłaniach śródczaszkowych itd. Autor umie przedstawić jasno i zrozumiale nawet najbardziej zawikłane zagadnienia, a ta zaleta uderza czytelnika na każdej stronicy tego pięknego dzieła.

Schoengut.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Żebrowski: Rozbiór żółci, otrzymanej z przetoki u człowieka. Al. Zawadzki: Wygodna i tania strzykawka do aseptycznych wstrzykiwań płynu Schleicha lub fizyologicznego roztworu soli. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. (c. d.) — Nr. 34. Endelman: W sprawie szklistego zwyrodnienia w rogówce. Goldbaum: »Epilepsia procursiva«.

— *Medycyna* Nr. 32. Bol. Komorowski: Stosowanie opatrunków tegminowych przy szczepieniu ospy B. K. Daszkiewicz: O wartości leczniczej i rozpoznawczej »przekłucia lędźwiowego wobec dzisiejszego stanu wiedzy« (c. d). — Nr. 33. Biron: Uwagi nad zasadniczemi pytaniami dotyczącemi leczenia przymiotu rtęcią. B. K. Daszkiewicz j. w. (dok). — Nr. 34. Krukowski: Przypadek samowolnego krwawienia z sutka, jako objaw hemofilii. Biron: Uwagi nad zasadniczemi pytaniami, dotyczącemi leczenia przymiotu rtęcią. (c. d).

— *Kronika lekarska* Zesz. 15. F. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Offenberg. Przypadek »septicopyaemiae medicalis«. (dok). S. Sterling: Bretański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom.

— *Casopis lekarů českých* Nr. 33. Podhajský: O zúmyslných sebepoškozenich s c. a k. vojště o obdobi poslednich 25 let. Zahradnicky: O anaesthesii medullarni.

— *Sbornik klinicky* R. II. 7. 6. Pitha: O cystách placentarnich. Naxera: Hippus a jeho význam.

— *La Presse médicale* Nr. 65. Marchand: Nerwoglej w porażeniu ogólnem. Lima Castro: Nowy okaz szczypczyków do tamowania krwi i zakładania szwów. — Nr. 66. Weille i Pehu: Ostra niedrożność u noworodka wskutek wadliwego wykształcenia wrodzonego jelita cienkiego. Lewkowicz: Cytodyagnostyka. Longuet: Odkażanie rąk w chirurgii.

— *La Semaine médicale* N. 34. Bard: O zużytkowaniu klinicznem oznaczania ilościowego żelaza we krwi.

— *Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 33. Westphal: Dalszy przyczynek do wiedzy o tężyczce. Buchner: Czy aleksyny są ciałami prostemi, czy złożonemi? Hochheim: O ślepocie na barwy ze stanowiska lekarskiego w kolejnictwie i o wartości sygnałowej barwy błękitnej. Frenkel i Bronstein: Przyczynek doświadczalny do sprawy toksyn i antytoksyn gruźliczych. — Nr. 34. Pel: Bąblowiec płuc z objawami ostrego zapalenia płuc i opłucnej. Hueppe: Perlica a gruźlica. Wilde: O chłonieniu aleksyn przez prątki obumarłe. Mendelsohn: O leczeniu przez ucisk chorób serca. Wolff: Doświadczenia nad wysiękami płucnymi.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33. Koch: O zwalczaniu gruźlicy z uwzględnieniem doświadczenia, nabytego przy skutecznem zwalczaniu innych chorób zakaźnych. Hansemann: O patologicznej anatomii i histologii raków. Schmilinsky: W sprawie rozpoznawania pulzyjnych uchyłków przełyku. Römer: Obecny stan badań nad odpornością (dok). Benda: Zmiany histologiczne w 4 przypadkach akromegalii (dok). — Nr. 34. Wilms: Leczenie pęknięcia wątroby. Hirschfeld: Wypadki a cukrzyca. Salomon: Dalsze uwagi nad zapaleniem gardła, wywołanem przez nitkowca *(spirochaete)*. Bronstein: W sprawie tępienia myszy prątkiem Danysza. Neumann: Zapobieganie gruźlicy i jej leczenie w wieku dziecięcym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 34. Schlatter: Dwa przypadki rany kłótej przepony, wyleczonej za pomocą szwu. Jochmann i Schumm: Typowa albumosurya u chorego z rozmiękczeniem kości. Ascoli i Riva: O miejscu wytwarzania się łyziny. Lohsse: Przypadek przesunięcia serca wysokiego stopnia ku stronie prawej w następstwie marskości płuca prawego. Zezschwitz: Zakrzep w żyle bezimiennej lewej wskutek ugniecenia z równoczesnem stwierdzeniem puchliny piersiowej. Avellis: Krwioplucie tchawicze. Stern: Odpowiedź na rozprawę dr. Maula: »Ol. cinereum gegen Syphilis« Wassmuth: Doświadczenia porównawcze z stosowaniem rozmaitych systemów inhalacyjnych. Schwartz: Stan zdrowotny wielkich miast europejskich w czasie obecnym i w starożytności.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Zuppinger: O śmierci wywołanej chorobą serca przy pozornie nieznacznych owrzodzeniach powierzchownych. Ranzi: Etyologia ropni wątroby. Beyer: O łuszczycy atypowej.

Redakcya otrzymała: Kędzior i Zanietowski: Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit. (Odb. z „Neur. Ctblt."); Doc. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na sprawność żołądka. (Odb. z „Gaz. lek.") — Sterling Sew.: Brytański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom. Fabian: Z nauki o życiu.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**